



Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa

XII CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Área de Especialização em Promoção e Protecção da saúde

A Infertilidade na mulher e a ocorrência de Infecções Sexualmente Transmissíveis em idade fértil



Cátia Alexandra Pereira Teixeira Palma

Orientadora: Prof. Doutora Maria Teresa Paixão

Lisboa, Novembro de 2011

Trabalho de Projecto para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública, na
Escola Nacional de Saúde Pública, ao abrigo do Artº 23º do Decreto-Lei nº 74/2006,
de 24 de Março, publicado no D.R. nº 60, Série I – A de 2006-03-24.

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho é o culminar de um desejo há muito iniciado... No entanto, por acreditar que existe um momento certo na vida para cada desafio, a paciência e a persistência são valores que estiveram muito presentes ao longo destes 2 anos do Curso de Mestrado.

Um agradecimento muito especial a todos os que me acompanharam neste processo, entre familiares e amigos, cada um com o seu papel único e insubstituível, pois fazem sentir-me especial....

À minha orientadora, Prof. Doutora Maria Teresa Paixão, pela sua disponibilidade, compreensão e paciência na minha gestão do tempo, mas acima de tudo pelo rigor científico e interesse demonstrados ao longo destes meses.

Ao ACES Seixal - Sesimbra, na pessoa Dr. Luís Amaro, pela célere resposta para a realização do estudo prévio.

À Clínica Laboratorial Dr. Joaquim Chaves, na pessoa Dr. Carlos Cardoso, pela recolha e disponibilização dos dados solicitados, ainda que durante o mês de Agosto!

À Saúde 24, na pessoa Dr. Luís Alves, administrador da Linha de Cuidados de Saúde, SA, pela rápida obtenção de dados e sua disponibilização para a realização do estudo prévio.

RESUMO

Enquadramento: Num momento em que a população mundial atinge os 7 biliões, um dos capítulos do Relatório do Fundo de População das Nações Unidas é dedicado à fertilidade. A maioria dos países europeus apresenta taxas de fecundidade abaixo das necessárias para a reposição populacional. Portugal não é excepção, apresentando um índice sintético de fecundidade, em 2009 de 1,32 crianças por mulher. Calcula-se que 10% dos casais portugueses são inférteis, com uma distribuição equitativa de causas femininas e masculinas (30% individualmente e 90% em conjunto). Para esta diminuição da taxa de fecundidade concorrem vários determinantes, entre eles a ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis anteriores que desencadeiam alterações do aparelho genital feminino, provocando doença pélvica inflamatória e consequentemente infertilidade. Das infecções sexualmente transmissíveis, a infecção por *Chlamydia trachomatis* continua a ser a mais reportada por toda a Europa, encontrada em rastreios em grupos de jovens com idades abaixo dos 25 anos. É uma infecção passível de ser tratada, com cura, embora não confira uma imunidade duradoura. As infecções sexualmente transmissíveis, algumas delas há muito conhecidas do homem, constituem uma causa evitável de infertilidade.

Finalidade / Objectivos:

Conhecer a frequência de infecções sexualmente transmissíveis na história ginecológica de mulheres com infertilidade, com a finalidade de poder contribuir para o desenvolvimento de novas estratégias na Saúde Reprodutiva para aumentar a índice sintético de fecundidade de Portugal.

Metodologia: Estudo exploratório, natureza retrospectiva, uma vez que partimos do problema infertilidade, e averiguam-se antecedentes de infecções sexualmente transmissíveis, através da aplicação de um questionário às mulheres seguidas em consulta de infertilidade em instituições de saúde do SNS na área de abrangência da ARS LVT, durante o período de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2012.

Discussão / Conclusão: É expectável que os resultados obtidos neste estudo vão de encontro ao que é relatado na literatura, confirmando a hipótese de trabalho que aponta para a existência de infecções sexualmente transmissíveis em mulheres seguidas em consultas de infertilidade. Certo é que a infertilidade tende a ser uma realidade crescente, associada a múltiplos factores, sendo que um deles continua a ser a exposição a agentes microbianos, constituindo em si mesma uma causa evitável. Se pretendemos aumentar o índice sintético de fecundidade de Portugal, é necessário investir também no estudo dos determinantes que concorrem para a fertilidade. Na realidade, para além da emergente necessidade de implementar um sistema de vigilância nacional das infecções sexualmente transmissíveis, é necessária uma aposta mais profunda na informação / educação, sensibilização dos jovens ainda antes do início da actividade sexual, e não apenas nas consultas de planeamento familiar. É certamente um trabalho pluridisciplinar que envolve parceiros comunitários como a escola e outros centros educativos, a família, o centro de saúde, a sociedade em geral, em particular, cada um de nós.

ÍNDICE

1- Introdução

1.1 – Enquadramento do tema -----	1
1.2 - Justificação do tema -----	2
1.3 - A fertilidade em Portugal -----	7
1.4 - Causas da diminuição da fertilidade -----	9
1.5 - Infecções sexualmente transmissíveis -----	10
1.5.1- <i>Chlamydia trachomatis</i> -----	15
1.5.2- <i>Treponema pallidum</i> -----	18
1.5.3- <i>Neisseria gonorrhoeae</i> -----	19
1.5.4- <i>Human Papiloma Virus</i> -----	20

2- Finalidade e Objectivos -----	24
----------------------------------	----

3- Material e Métodos

3.1 – Tipo de Estudo -----	25
3.2 – Local do estudo -----	26
3.3 – Período do estudo -----	26
3.4 – Definição de Caso e Unidade de Observação -----	26
3.5 – Definição de População Alvo e População em estudo -----	26
3.6 – Fontes e Suportes de Informação -----	27
3.7 – Métodos e Recolha de dados -----	27
3.8 – Variáveis em estudo e sua definição operacional -----	27

4- Operacionalização do estudo / delineamento preliminar

4.1 – Cronograma -----	33
4.2 – Recursos Humanos e Técnicos -----	33

5- Aspectos Éticos -----	33
--------------------------	----

6- Estudo Prévio -----	35
------------------------	----

7 – Discussão -----	40
---------------------	----

7.1 – Limitações e viés do estudo e da metodologia seleccionada -----	40
---	----

8- Conclusão -----	42
--------------------	----

9- Bibliografia	44
-----------------------	----

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário	50
Anexo 2 – Carta (tipo) aos Conselhos de Administração das Instituições de Saúde	55
Anexo 3 – Cronograma	58

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição do Índice Sintético de Fecundidade na Europa, no ano de 2003.....	5
Figura 2 – Distribuição do Índice Sintético de Fecundidade na Europa, nos anos indicados em cada país	5
Figura 3 – Média da idade da mulher ao nascimento do primeiro filho, na Europa, ano 2003	7
Figura 4 – Índice Sintético de Fecundidade em Portugal, comparado com o índice dos restantes países da OECD, desde 1980	8

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação dos principais agentes infecciosos e respectivas infecções sexualmente transmissíveis, no Homem	15
Tabela 2 – Variáveis em estudo e sua definição operacional, notação computacional, tipo e escala de medida, categorias e código	28
Tabela 3 - Distribuição das amostras estudadas segundo a positividade no despiste <i>de Chlamydia trachomatis</i> por PCR em exsudado endocolo, urina 1º jacto, exsudado vaginal e exsudado uretral, em mulheres, 2010	36
Tabela 4 - Distribuição das amostras estudadas segundo a positividade no despiste <i>de Chlamydia trachomatis</i> por PCR em exsudado endocolo, urina 1º jacto, exsudado vaginal e exsudado uretral, em mulheres, 2011	36
Tabela 5 - Distribuição das triagens telefónicas de mulheres com corrimento vaginal em idade fértil (15-54 anos), de acordo com o distrito de localização, no período entre 1 de Junho de 2010 e 31 de Maio de 2011	37
Tabela 6 - Distribuição das triagens telefónicas de mulheres com sintoma de corrimento vaginal em idade fértil (15-54 anos), de acordo com as classes etárias, no período entre 1 de Junho de 2010 a 31 de Maio de 2011	37
Tabela 7 - Distribuição das triagens telefónicas de mulheres com sintoma de corrimento vaginal em idade fértil (15-54 anos), de acordo com o encaminhamento para instituições de saúde, após triagem clínica, no período entre 1 de Junho de 2010 a 31 de Maio de 2011	38

ACRÓNIMOS / SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ADN – Ácido Desoxirribonucleico

ARS- Administração Regional de Saúde

CDC – Centers for Diseases Prevention and Control

ECDC – European Center for Diseases Prevention and Control

EUA- Estados Unidos América

HPA – Health Protection Agency

HPV –Human Papiloma Virus

IST- Infecções Sexualmente Transmissíveis

LVT- Lisboa Vale Tejo

OMS- Organização Mundial de Saúde

PCR – *Polymerase Chain Reaction* (reação em cadeia da polimerase)

PNS – Plano Nacional de Saúde

RPR – *Rapid Plasma Reagin*

SIDA – Síndrome Imunodeficiência Adquirida

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UCPS – Unidade Cuidados Personalizados de Saúde

USF – Unidade de saúde Familiar

VIH – Vírus Imunodeficiência Humana

VDRL - Veneral Diseases Research Laboratories

O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem.

Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.

Fernando Pessoa

1-INTRODUÇÃO

1.1 Enquadramento do Tema

A concepção de uma criança e o seu acompanhamento do crescimento e desenvolvimento constituem acontecimentos muito marcantes na vida do ser humano. Estão em muito associados ao sentir de completude, e consequentemente ao atingir da felicidade e integração social.

Este desejo e capacidade foi desde sempre mais atribuído à mulher, símbolo da fertilidade, com o poder e consequentemente a responsabilidade de o gerar.

Descobertas arqueológicas revelam a existência de arte rupestre e de estatuetas de culto ao corpo feminino, à fertilidade e com isso à noção de origem da vida e do mundo. As mais antigas noções de criação originavam-se a partir da ideia básica do nascimento, que consistia na única origem possível das coisas. Esta condição foi extraída directamente da teoria arcaica de que o útero cheio de sangue era capaz de criar magicamente a prole (wikipédia, 2011). Acreditava-se que a partir do sangue divino do útero e através de um movimento, dança ou ritmo cardíaco, que agitasse este sangue, surgiam os "frutos", a própria maternidade. Essa é uma das razões pelas quais as danças das mulheres primitivas tinham maioritariamente movimentos pélvicos e abdominais, que mais tarde ficaram conhecidos como dança do ventre.

Os factos e as evidências conduziram a mudanças profundas no encarar da fertilidade quando, por exemplo em 1677 Antonie Van Leeuwenhoek descobriu que o sémen continha uma enorme quantidade de criaturas microscópicas, dotados de longas caudas, que se movimentavam intensa e continuamente, os espermatozóides; em 1799, John Hunter, médico e biólogo inglês descreveu com êxito a inseminação artificial como a solução para um casal com infertilidade (Dick *et al.*, 2003). Sims e Hunter, 70 anos mais tarde realizavam os testes “pós-coito”, iniciando um passo importante para a compreensão da interacção esperma-muco-cervical.

No entanto, quando ao fim de, pelo menos, um ano o casal com vida sexual activa, sem recorrer a meios contraceptivos, não consegue engravidar, a OMS define esta incapacidade como infertilidade, pois seria esperado que nestas condições 85-90% dos casais o conseguissem (Farhi, Bem-Haroush, 2011).

No momento em que a população mundial atinge os 7 biliões de habitantes, o Fundo de População das Nações Unidas apresenta este número como um meio para repensar os desafios e oportunidades em

termos de redução da pobreza, da fecundidade, juventude, envelhecimento, migração, urbanização e sustentabilidade ambiental (Fundo de População das Nações Unidas, 2011).

Este marco de 7 bilhões é também marcado por conquistas, contratempos e paradoxos. Conquistas que marcam os últimos 60 anos, passam por exemplo, pelo aumento da esperança média de vida (dos 48 anos para os 68 anos), diminuição da taxa de mortalidade infantil (133/100.000 nados-vivos para 63/100.000 nados-vivos). Todavia, um dos paradoxos debate-se em torno da fertilidade. Nos últimos 60 anos, o índice sintético de fecundidade desceu de 6,0 para 2,5. Exemplo disso é o índice sintético de fecundidade na América Central – passa de 6,7 para 2,6; no Leste da Ásia, passa-se uma taxa de 6,0 para 1,6. Enquanto países mais pobres mantêm uma elevada índice sintético de fecundidade, continuando a ser um obstáculo ao desenvolvimento, perpetuando a pobreza, nalguns países ricos, o baixo índice sintético de fecundidade e o desemprego continuam a ser preocupações que assolam as sociedades (UNFPA, 2011). Moçambique, por exemplo, com uma elevada índice sintético de fecundidade, é o exemplo de como estes números podem significar pobreza. As frequentes gravidezes aumentam a vulnerabilidade de saúde destas mulheres, aumentam as situações de doença, diminuindo a sua capacidade de trabalho rural, com consequente diminuição na produção de alimentos e capacidade de alimentação das suas crianças, Cit.UNFP (2011).

Em contraste, na Europa, de norte a sul, os valores variam entre 1,1 (Bósnia e Herzegovina) e os 2,0 (França).

O índice sintético de fecundidade é mais do que um indicador de crescimento ou de declínio da população. Representa / mede também a qualidade de vida da mulher. Na base estão factores protectores, como a educação, a saúde, oportunidades económicas, igualdade, poder de decisão sobre o planeamento do tamanho da família.

Uma das propostas que o Relatório sobre a População Mundial (UNFPA, 2011) apresenta é a redução da pobreza e da desigualdade para a desaceleração do crescimento populacional.

1.2- Justificação do Tema

Porquê este tema?

As infecções sexualmente transmissíveis sempre foram uma das áreas de investigação que me interessou. Concilia o conhecimento científico na sua detecção, identificação e caracterização dos agentes com um trabalho de investigação comportamental. Ou seja, para que esse trabalho laboratorial consiga ter aplicabilidade e possa traduzir ganhos em saúde, mudança, a área das ciências sociais, psicologia, medicina, desenvolvem estudos de investigação que permitam compreender o porquê destes agentes microbianos, bem conhecidos do homem, continuarem em circulação, em vias de transmissão.

Por outro lado, quando analiso o meu círculo de amigos, encontro casais que têm um forte anseio em serem pais, mas que, infelizmente, não o conseguem. Recorrem a inúmeras consultas, desgastam-se no

tempo de demora entre as consultas, desgastam-se mais tarde nos tratamentos que efectuam, depositando todas as esperanças num resultado que dite uma gravidez!

Na realidade, as notícias acerca da fertilidade em Portugal pouco mais evidenciam do que números; números de índice sintético de fecundidade, números relativos aos preços dos tratamentos de fertilidade. São sobrevalorizadas políticas que aumentam o número de centros que diagnosticam e tratam a infertilidade, com a aplicação de técnicas microcirúrgicas de manipulação, mas parece-me que reduzidas estratégias são desenvolvidas para evitar a infertilidade.

Sendo as IST uma das causas evitáveis da fertilidade, propus-me compreender a frequência destas infecções em mulheres inférteis, chamando a atenção para a dimensão e abrangência deste problema, e quais as suas consequências a médio prazo, se não forem tomadas estratégias dirigidas.

A infertilidade é um problema global, de saúde pública, afecta, segundo a OMS, aproximadamente 8-10% dos casais, sobretudo casais jovens, sendo uma afecção de ambos, pois contribuem individualmente em 30%, e em conjunto 90% (30% origem feminina, 30% origem masculina e 30% origem mista) para as causas da infertilidade. Estima-se que em 10% dos casos não é possível determinar as causas da infertilidade (DGS, 2008).

A medição da fertilidade resulta da soma das taxas de fecundidade por idade (INE, 2006), ano a ano, ou grupos quinquenais, entre os 15 e os 49 anos, observadas num determinado período (habitualmente um ano civil), ao que se denomina Índice Sintético de Fecundidade. Indica o nível de fecundidade num determinado momento, é uma medida abstracta da fecundidade do momento. É um indicador do momento (conjuntural). Não representa o comportamento real de uma geração de mulheres. Corresponde à soma das 35 índice sintético de fecundidade por idade correspondentes ao período em que a mulher pode vir a ter filhos (INE, 2006). Este índice sintético de fecundidade é uma medida de prevalência, dado que faz a proporção / razão entre a frequência dos nascimentos e a população feminina que está em idade de procriar (e não sobre a população média total, como na taxa de natalidade, uma taxa). Os valores de índice sintético de fecundidade inferiores a 2,1 indicam fecundidade insuficiente para assegurar a reposição populacional.

A prevalência da infertilidade numa determinada população é difícil de estabelecer, e a comparação de resultados entre os diferentes estudos também. Para esta situação, Gnoth *et al* (2005) aponta múltiplos factores tais como heterogeneidade das definições de infertilidade utilizadas pelos diferentes autores, a inexistência de métodos epidemiológicos efectivos e eficientes para a sua avaliação, assim como aspectos sociológicos relacionados com a desvalorização da infertilidade como uma doença em determinadas

sociedades (doença sem “sinais visíveis”). Para este protocolo, é adoptado o conceito de infertilidade tal como definido pela OMS (conceito com origem em 1985), não sendo feita a distinção entre infertilidade primária (incapacidade fisiológica de uma primeira gravidez) e infertilidade secundária (incapacidade fisiológica de uma segunda ou mais gravidezes).

Nos EUA aproximadamente 7,4% da população tem problemas de fertilidade, na Europa a taxa de incidência é aproximadamente de 14% (Roupa *et al*, 2007). Qualquer taxa de incidência relativa à infertilidade tem subjacente assimetrias geográficas que a condicionam. Estas diferenças observam-se tanto em países ditos desenvolvidos, com incidências entre os 3,5% e os 16,7%, assim como em países em vias de desenvolvimento, com incidências entre os 6,9% e os 9,3% (Roupa *et al*, 2007). As assimetrias geográficas acarretam também assimetrias subjacentes às causas dos problemas de infertilidade – em países ocidentais a principal causa da infertilidade reside no factor idade, enquanto em África a principal causa são as IST. Assim, as causas da infertilidade são dependentes da população em estudo.

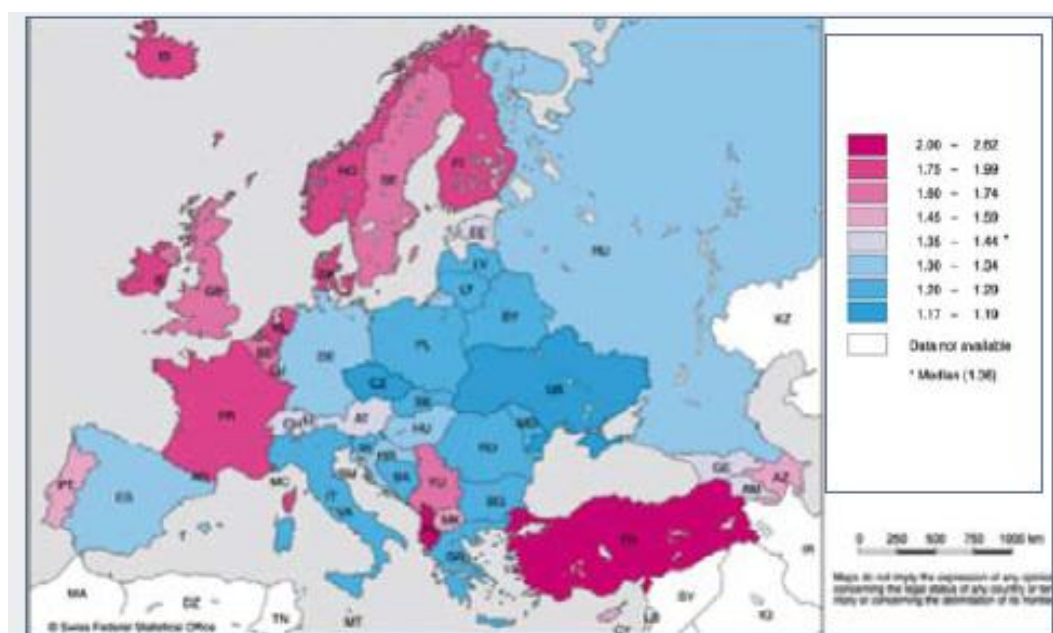
De acordo com dados da OMS, mais de metade dos países europeus que integram a OMS apresentam um índice sintético de fecundidade considerado baixo ou muito baixo, com valores abaixo de 1,3 (WHO, 2006). Na maioria dos países europeus, o índice sintético de fecundidade é de 1,5 crianças por mulher (fertilidade baixa) e outros estão mesmo abaixo de 1,5 crianças por mulher (fertilidade muito baixa). Espanha e Itália começaram a ter valores abaixo de 1,5 a partir dos anos de 1993.

Estes valores só são equiparáveis aos observados em décadas de guerra, como na 1ª Guerra Mundial.

Todavia, estes valores baixos e muito baixos de fertilidade não estão apenas restritos à Europa; vários países Asiáticos, como Hong Kong, Macau, apresentam taxas abaixo de 1 criança por mulher. Japão, República da Coreia, Singapura têm também taxas abaixo de 1,5 crianças por mulher. No Norte da América, Canadá, apresenta valores 1,48. Na América latina, Cuba, apresentou valores abaixo de 1, 5 nos anos 90, mas, em 2003, conseguiu chegar a taxas superiores a 1,5.

A *Taxa de Fecundidade Total* num determinado ano indica o número médio de filhos nascidos vivos, tidos por mulher ao final do seu período reprodutivo, num determinado espaço geográfico. A taxa é estimada para um determinado ano de calendário, a partir de informações retrospectivas obtidas em censos e inquéritos demográficos. Representa a condição reprodutiva média de mulheres, sendo este o principal indicador da dinâmica demográfica. Em termos técnicos, expressa a condição reprodutiva de uma mulher, pertencente a uma coorte hipotética, sujeita às taxas específicas de fecundidade, por idade, observadas na população em estudo, supõe-se a ausência de mortalidade nessa coorte. Habitualmente estes números são expressos em número de nados vivos por 1000 (10^3) mulheres em idade fértil.

A figura 1 esquematiza a distribuição do índice sintético de fecundidade no ano de 2003.



In <http://www.euro.who.int>

É notória uma assimetria na distribuição no índice sintético de fecundidade nos países aqui apresentados. Salienta-se, por exemplo, dentro dos países “Latinos” Europeus, Itália e Espanha são os que apresentam, ao ano de 2003 valores mais baixos, contrastando com França que tem valores entre 1,75 e 1,99. Países que compõem a ex-URSS, Alemanha apresentam valores muito idênticos de índice sintético de fecundidade, entre 1,17 e 1,34. Os países nórdicos têm também taxas muito semelhantes entre si, acima de 1,5.

A Figura 2 ilustra, com maior pormenor, o índice sintético de fecundidade nos países europeus, nos anos indicados para cada país.

TOTAL FERTILITY RATES	
COUNTRIES	LAST AVAILABLE DATA
Belarus (2004)	1,2
Bosnia and Herzegovina (2004)	1,2
Italy (2003)	1,2
San Marino (2003)	1,2
Spain (2003)	1,2
Poland (2003)	1,22
Ukraine (2004)	1,22
Czech Republic (2004)	1,23
Latvia (2004)	1,24
Slovenia (2004)	1,25
Lithuania (2004)	1,26
Republic of Moldova (2004)	1,26
Slovakia (2004)	1,26
Andorra (2004)	1,27
Hungary (2004)	1,28
Bulgaria (2004)	1,3
Greece (2003)	1,3
Romania (2004)	1,3
Croatia (2003)	1,33
Russian Federation (2004)	1,34
Malta (2004)	1,37
Armenia (2004)	1,38

Georgia (2003)	1,4
Germany (2004)	1,4
Austria (2004)	1,42
Switzerland (2004)	1,42
Portugal (2003)	1,44
Estonia (2004)	1,47
Cyprus (2004)	1,49
Belgium (2002)	1,53
Serbia and Montenegro (2003)	1,6
Luxembourg (2004)	1,7
United Kingdom (2003)	1,72
Netherlands (2004)	1,73
Monaco (2003)	1,8
Albania (2004)	1,8
Denmark (2004)	1,8
Finland (2004)	1,8
Norway (2004)	1,8
Sweden (2004)	1,8
France (2004)	1,89
Azerbaijan (2003)	1,9
TFYR Macedonia (2003)	1,9
Ireland (2004)	1,95
Iceland (2004)	2,0

	Taxa muito baixa
	Taxa baixa
	Taxa abaixo da reposição populacional
	Taxa de reposição populacional

Kazakhstan (2004)	2,2
Turkey (2004)	2,21
Uzbekistan (2004)	2,46
Kyrgyzstan (2004)	2,5
Turkmenistan (2003)	2,7
Israel (2004)	2,9
Tajikistan (2003)	3,0

In <http://www.euro.who.int>

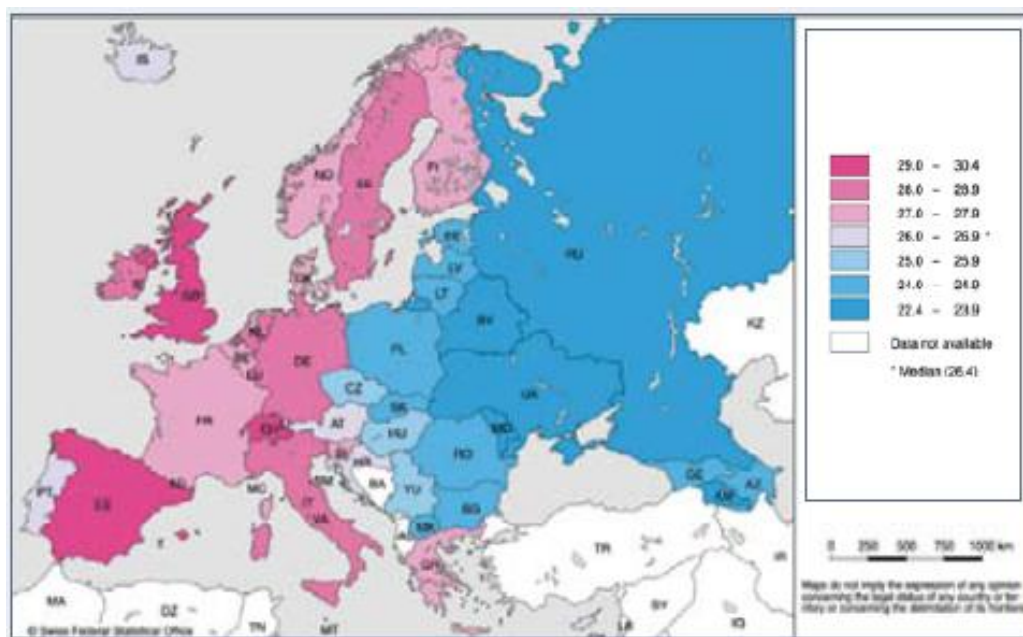
A fertilidade envolve-se de múltiplos determinantes, e tem implicações sociais, económicas e culturais com proporções demográficas importantes para cada país, e de modo global, para todos, com a redução da taxa de natalidade e envelhecimento da população já latente.

Nos países onde a média de idades da mulher no primeiro filho é mais baixa (países asiáticos) corresponde também uma mais baixa taxa de fertilidade. A considerar que na Europa de leste entre os anos de 1966 e 1989 (ex: Roménia) as populações viveram anos de fortes políticas de repressão, sem acesso a meios contraceptivos, onde a interrupção da gravidez era ilegal e onde não existia lugar para a educação sexual das populações (wikipédia, 2011). Estima-se que estas medidas, ainda que para estimular o aumento da fertilidade, conduziram a que aproximadamente 20% das mulheres da Roménia ficaram então estéreis, e a Roménia teve as taxas mais elevadas de mortalidade materna da Europa nos anos 1990, com 170/100.000 nados vivos. Em 2000, o ratio de mortalidade materna na Roménia era de 52/100.000 mulheres por nados-vivos, em 2009 os resultados ilustram a aposta feita no sistema de saúde com uma taxa de mortalidade materna em 27/100.000 nados-vivos. A título de exemplo, em Portugal, em 2000 o ratio era de 8/100.000, e em 1990 15/100.000 (WHO, 2009).

A figura 3 representa a média de idades das mulheres aquando do primeiro nascimento, ao ano de 2003, no espaço europeu e asiático, sendo notório o adiamento no projecto da maternidade. Em 1975, a média de idades da mulher europeia aquando do primeiro filho rondava os 22-24 anos, estando a idade mais velha na Suíça (25,7 anos).

Este adiamento para idades mais próximas do final da fertilidade, quando a capacidade de fecundação é menor, acarreta mais problemas de fertilidade. Nos países da Europa de Leste, contribuiu em muito para a infertilidade a ocorrência de interrupções da gravidez repetidas, assim como a prevalência de IST.

Fig.3: Média de Idades da Mulher ao Nascimento do primeiro filho, 2003.



In <http://www.euro.who.int>, 2003

Em contraste com esta diminuição do índice sintético de fecundidade na Europa, nos estados Unidos, a população continua em crescimento, a taxa de natalidade supera a de mortalidade. As razões para este aumento do índice sintético de fecundidade podem estar relacionadas com as características demográficas da população dos Estados Unidos, ao ter múltiplas comunidades de imigrantes e minorias com uma tendência cultural para taxas de fertilidade elevadas, factor de oportunidade que é exponenciado por políticas sociais que favorecem o nascimento. No Brasil, o índice sintético de fecundidade é de 2,31.

Na realidade, debater a infertilidade requer um olhar mais profundo sobre as suas consequências, reconhecidas em 1991 pela OMS, como um problema de saúde pública de natureza global, e com importante impacto social, podendo afectar o elemento feminino e/ou masculino do casal, perturbando o bem-estar familiar e pessoal, interferindo na produtividade e gastos em saúde.

1.3 A Fertilidade em Portugal

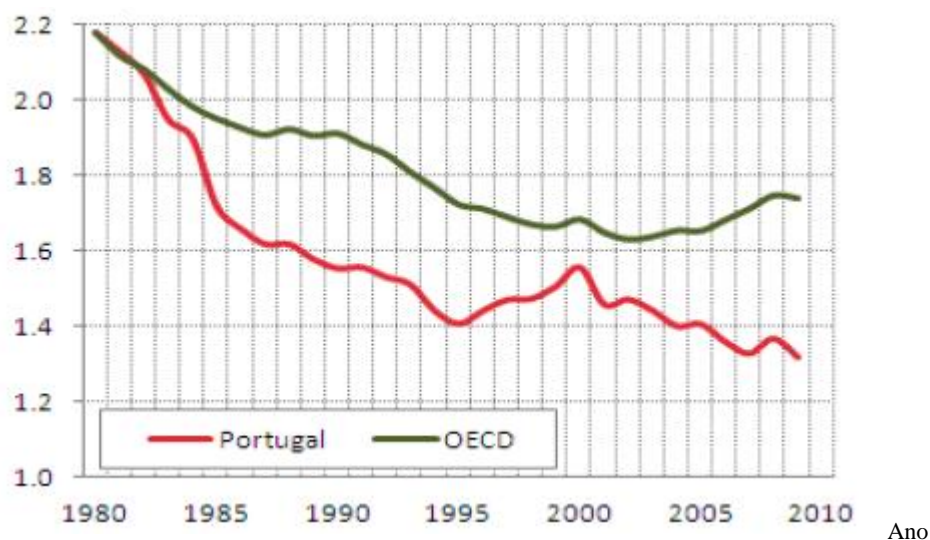
Em Portugal, foi realizado um estudo com abrangência nacional intitulado *Afrodite* (Silva; Santos, 2009) que pretendeu caracterizar os conhecimentos, conceitos, atitudes e comportamentos e práticas relativas à infertilidade em Portugal. Neste, homens e mulheres com idades compreendidas entre os 20-69 anos quando questionados sobre as **duas principais causas de infertilidade** indicaram **“doenças do útero”** e **“alterações dos espermatozóides”**; Estão de acordo que os **problemas de fertilidade estão relacionados com “problemas no organismo da mulher”** (90,5% concorda com esta afirmação), **“idade da mulher** (85,3% concorda com esta afirmação) e com **“problemas no organismo do homem”** (84,6% concordam com esta

afirmação). No entanto, quando questionados acerca da “relação com DST”, as opiniões dividiram-se entre 48,3% concordam, 27,8% não concorda nem discorda e 23,9% discorda. Proporções idênticas quando a mesma questão é levantada com hipótese de resposta “vontade de Deus”. Por outro lado, demonstrou que na amostra analisada, 67 de 846 mulheres com idades entre os 25-44 anos de idade tiveram problemas em engravidar e destas 39 referiram já terem realizado uma consulta por motivo de infertilidade. Esta prevalência não apresentava qualquer diferença na distribuição regional no país (Norte, Centro, LVT, Sul, Alentejo e Algarve). Estimou uma prevalência em Portugal entre os 9-10%, sendo que 1/3 das mulheres ditas como inférteis desconhece o motivo da sua infertilidade.

Em Portugal, a evolução dos dados referentes à natalidade encontra-se descrita na figura 4 tem com o objectivo de analisar em maior pormenor a curva de evolução da natalidade em Portugal nos últimos 30 anos.

Figura 4 – Índice sintético de fecundidade em Portugal comparado com os índices dos restantes países da OECD, desde 1980

Índice sintético de fecundidade



In <http://www.oecd.org/dataoecd/18/33/47704295.pdf>

Como se pode verificar, o índice sintético de fecundidade em Portugal, desde 1980, tem vindo a decrescer, com discretas oscilações, atingindo o mínimo no ano de 2005, para valores abaixo de 1,4, contrastando com o aumento verificado nos restantes países da OECD no mesmo período. Salienta-se ainda um brusco aumento do índice sintético de fecundidade nos finais dos anos 90 e início 2000, para níveis acima de 1,5.

Todavia, o índice sintético de fecundidade nos restantes países da OECD tem também diminuído desde 1980, mais evidente na década de 90, atingindo um mínimo muito próximo de 1,6 perto do ano 2000. Neste ano é visível uma curva de subida, voltando a níveis próximos de 1,6 no período entre 2000 e 2005. A partir de 2005, existe uma tendência de aumento, terminando o ano de 2009 acima de 1,7.

1.4- Causas da Diminuição da Fertilidade

O fenómeno da Infertilidade encontra algumas explicações em determinantes biológicos - alterações orgânicas femininas e masculinas, e determinantes sócio-económicos, políticos e culturais.

As causas orgânicas femininas podem ser, para efeitos de sistematização de estudo, divididas em várias categorias (Roupa *et al*, 2009):

- 1- Problemas ligados à ovulação;
- 2- Factores da região do colo do útero (cervix);
- 3- Factores pélvicos e tubulares;
- 4- Factores Uterinos;
- 5- Combinação das afecções anteriores;

1- A ovulação constitui um evento complexo para a qual contribuem como pesos numa balança:

Regulações hormonais e eventos físicos. A mulher começa a ovular de modo eficaz por volta dos 18, 19, 20 anos, sendo que a partir dos 35-38 anos a capacidade de ovular de modo eficaz diminui. A ovulação pode ser afectada por alterações na glândula tiroideia, excesso de produção de prolactina (hormona que induz a produção de leite materno), presença excessiva de hormonas masculinas, e factores ambientais tais como o stress físico e psicológico, assim como alterações profundas no estilo de vida.

2- Infertilidade ligada à região do colo do útero – responsável pela impossibilidade de ascensão dos espermatozóides pela entrada do útero por alterações no cervix uterino. Estas alterações são devidas à presença de muco cervical com pH inadequado (pH normal ácido) que constituem meios facilitadores (Casari *et al*, 2010) de infecções por exemplo por, *Gardnerella vaginalis* ou por *Escherichia coli*, proveniente do recto, assim como pela baixa presença de microrganismos simbióticos como os lactobacilos, alteração do equilíbrio simbiótico da flora vaginal. Este desequilíbrio facilita a patogenicidade dos agentes, conduzindo a infecções do cervix com as comuns infecções sexualmente transmissíveis. A infertilidade ligada à região do colo do útero inclui também uma causa morfológica, a estenose da região cervical uterina.

3- Causas pélvicas incluem alterações morfológicas da anatomia normal pélvica: presença de tecido cicatricial, fibroso, endometriose, trompas de Falópio bloqueadas ou incapazes de “agarrarem” o ovo e tumores benignos no útero.

4- Causas uterinas incluem parede uterina (endométrio) muito fina, presença de pólipos ou fibromiomas, que possam impedir a nidação do embrião.

Estas causas distribuem-se de modo desigual, de acordo com os estudos de investigação consultados (Roupa *et al*, 2009; Farhi; Ben-Haroush, 2011) .

Estima-se que aproximadamente 10% da infertilidade feminina não tenha causa conhecida, ou seja, após realização dos testes de diagnóstico preconizados para identificar as causas de infertilidade, não encontram qualquer razão para a infertilidade (DGS, 2008).

As causas masculinas mais comuns estão relacionadas com contagem baixa de espermatozóides (contagem abaixo de 20×10^6 espermatozóides/ml), alterações na morfologia “normal” dos espermatozóides e baixa mobilidade dos mesmos. São alterações idiopáticas, e assintomáticas. Alguns estudos têm associado estas alterações do esperma a vivências prolongadas de situações de stress, calor excessivo nos genitais (uso de roupa apertada, utilização frequente de saunas, banhos quentes), estilos de vida (consumo de tabaco, álcool, drogas).

Para além destas causas que têm um efeito directo sobre a fertilidade do casal, existem ainda determinantes biológicos e comportamentais que afectam a capacidade de êxito numa gravidez. Nestes encontramos, como já referido, o adiamento da idade procriativa nas sociedades mais modernas para idades em que biologicamente a mulher é menos fértil, a alimentação, o consumo aumentado de substâncias tóxicas, tais como álcool, tabaco, estupefacientes, fármacos e outras drogas, associado ao aumento do número de casos de estados de ansiedade e depressão, por vezes com repercussões psicossomáticas ainda de difícil sinalização clínica (Remoaldo *et al*, 2004; Rodrigues, 2011). De referir também a influência de determinantes socioeconómicos tais como (Caleiro, 2008) evoluções demográficas ao longo dos tempos (envelhecimento da população, desertificação de algumas regiões do país, aumento do número de divórcios), acessibilidade aos serviços de saúde, o uso generalizado de contraceptivos, a mudança do conceito de “valor” na sociedade actual, com a materialização de bens como objecto de satisfação pessoal. Certamente por detrás de alguns destes factores, está a força económica, que condiciona de modo decisivas mudanças sociais.

1.5- Infecções Sexualmente Transmissíveis

As infecções sexualmente transmissíveis representam um dos principais problemas de saúde pública do mundo e o aumento da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana nas últimas décadas tem aumentado a importância das infecções transmitidas por via sexual. A Organização Mundial de Saúde estimou em 1999 (WHO, 2007) que a incidência global anual de novos casos de doenças sexualmente transmissíveis curáveis, que incluem gonorreia, *Chlamydia*, sífilis e tricomoníase, seja de 340 milhões, em adultos entre os 15-49 anos. Programas de controlo devem prevenir a ocorrência da doença, suas complicações e sequelas e interromper e reduzir a sua transmissão.

Em 2005 é criado o European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), uma agência da união Europeia como meio de reforço da União Europeia na prevenção e controlo das doenças infecciosas, estando o VIH e outras IST entre as prioritárias. Realiza avaliações de risco e providencia evidência científica aos decisores da União europeia e nacionais. A missão do ECDC é identificar, avaliar e comunicar as ameaças para a saúde humana relacionadas com doenças infecciosas. Para atingir a sua missão, o ECDC trabalha em parceria com as autoridades de saúde de toda a Europa, reforçando e desenvolvendo sistemas de vigilância e de alerta precoce em relação a infecções.

Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são infecções que são contagiosas de indivíduo para indivíduo, inicialmente por via sexual. Serão conhecidas mais de 30 IST provocadas por bactérias, vírus e parasitas. Algumas, como o VIH e a sífilis podem ter transmissão vertical, mãe-filho, durante a gravidez, durante o parto filho, através do contacto entre sangue e tecidos.

A história das doenças “venéreas” tem acompanhado a história da humanidade, desde finais da Idade Média até à actualidade, infectando pessoas de todas as classes sociais, sexo e religiões. Enunciadas inicialmente como doenças veneras, pela associação do meio de transmissão sexual e a deusa do amor, Vénus. Ainda em meados do Século XVI, um anatomista e cirurgião, Gabrielle Fallopio confeccionou um forro de linho do tamanho do pénis, embebido em ervas (precursores dos espermicidas), como um meio para prevenir as doenças. Nos anos 40 do século passado, com a descoberta e efectividade dos antibióticos no combate a infecções, as então doenças venéreas começaram a recuar, tendo novamente um incremento nos anos 60/70 com a descoberta da pílula anticoncepcional e uma maior liberdade sexual. Este aumento do nº de casos potenciado pela descoberta e explosão do VIH nos anos 80 tem influenciado de maneira decisiva a visão e o sentir da sexualidade humana. Pode mesmo considerar-se que a explosão do VIH foi o grande motor de arranque do desenvolvimento da investigação no diagnóstico, tratamento e controlo das outras IST.

Nos anos 90, com a criação dos novos estado independentes da antiga União Soviética, estas afecções voltam a ter um aumento marcado, sobretudo de sífilis, com implicações importantes no continente europeu (Azevedo, 2008), uma vez que as restrições políticas da imigração, conflitos étnicos e convulsões económicas, sem qualquer assistência médica nem social, contribuíram para o proliferar de redes clandestinas de tráfico de seres humanos. O sul da Europa passa a ser o destino da imigração e atrai um novo género de imigrantes e refugiados, oriundos do leste europeu.

Com a introdução de novas linhas terapêuticas anti-retrovirais, o prognóstico da SIDA muda drasticamente, passando a ser encarada como uma “doença crónica”. Actualmente a esperança média de vida de um indivíduo infectado com VIH, que cumpra os esquemas de tratamento e que resida em locais de fácil acesso

a instituições de saúde e com acesso gratuito à medicação, poderá ser superior a 35 anos, conforma indica um estudo dinamarquês realizado entre os anos de 1995-2000 (Lorhse, 2007). Todavia, alguns estudos realizados indicam que existem ainda crenças erradas de invulnerabilidade e optimismo excessivo face ao vírus do VIH, que podem conduzir a comportamentos de risco e à não procura de mais informação, por se julgarem demasiado informados (Lopes, 2005). A própria idade de início da actividade coital é mais precoce e o comportamento sexual dos adolescentes faz parte de um estilo de vida, nas quais se incluem condutas como consumo de álcool, tabaco e drogas. Assiste-se a uma disseminação dos meios contraceptivos, com diminuição do medo de uma gravidez indesejada, ajudados pelos movimentos migrantes (de salientar o turismo sexual), e consequentemente à re-emergência das IST há muito combatidas com terapêuticas eficazes, como a sífilis e gonorreia, a partir de 2000. Um estudo realizado no Peru em 2003/2004 com o objectivo de determinar a prevalência da infecção por VIH, *Herpes simplex* vírus tipo 2 (HSV-2) e sífilis associada a comportamentos sexuais de risco em parceiros heterossexuais de mulheres grávidas (Clark, 2008), demonstrou que os parceiros destas mulheres reportaram contactos considerados de risco durante o tempo em que a mulher esteve grávida, com elevada prevalência de HSV-2 e com consequente potencial para disseminar o VIH e outras IST para as suas parceiras. Esta realidade no Peru poderá ser reproduzida noutros países da América Latina, já que vários estudos sugerem que os homens heterossexuais desta região têm em geral vários parceiros sexuais, aumentando assim o risco potencial de exposição a IST.

Em Portugal, em 1949 foi promulgada uma lei que define as bases da luta contra as doenças contagiosas (Lei nº 2036 de 9 de Agosto), indicando que Cit. Marques e Freitas (2007) “todo o médico que diagnosticar ou suspeitar de um caso de doença transmissível deve comunicá-lo ao delegado de saúde num prazo de 48 horas”. Em 1999 é promulgada uma lista de doenças sob notificação obrigatória de acordo com a Classificação Internacional Doenças - 10 (Portaria nº 1071 de 31 de Dezembro de 1998). Em 2005 sofre nova alteração, para inclusão do VIH (Portaria nº 258 de 16 de Março de 2005) (Marques, J; Freitas, M, 2007).

A prevalência de IST em Portugal não é conhecida (DGS, 2004), embora o número de doentes nas consultas de IST tenham vindo a aumentar. Realço que a infecção por VIH tem um programa próprio de vigilância (Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção pelo VIH /SIDA), é de notificação obrigatória desde 2005, sendo possível anualmente reunir o nº de casos de VIH/SIDA total notificados. Têm sido realizados estudos parcelares em grupos considerados com comportamento de risco, que permitem conhecer conhecimentos e atitudes ligados às IST, num determinado período de tempo e grupo. No entanto, não existem dados globais nacionais de prevalência, dada a ausência de programas de rastreio. Em 2006, a incidência do VIH em Portugal foi de 205 casos por 1.000.000, ocupando o nosso país o 3º lugar num contexto de 53 países da região europeia (EuroHIV -*European Centre for the Epidemiological Monitoring of HIV and AIDS*, 2007), logo a seguir à Estónia (504,2) e Ucrânia (288,3). Este elevado número

de casos de VIH em Portugal, pode indicar que existe também um número elevado de outras IST. Na sua origem poderá estar uma conjugação de factores como sendo, a não utilização da informação disponível, a que alguns autores chamam de “carência cognitiva” (Lopes, 2005), comportamentos de risco da população em geral, e em grupos específicos, de acordo com a fase da vida em que se encontram, pois aumentam a probabilidade do indivíduo se infectar, assim como a presença de determinantes sociais e económicos (pobreza e marginalização social) que aumentam a vulnerabilidade à doença (Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA, 2007). A inexistência de um sistema nacional de vigilância epidemiológica consistente, com apoio laboratorial, embora previsto em Decreto-lei nº 81/2009, de 21 Agosto, assim como uma sub-notificação de casos, agravada pelo facto de apenas 3 das IST fazerem parte das DDO (Gonorreia, Sífilis Recente e Sífilis Congénita), deixando de fora, por exemplo a infecção por *Chlamydia* dificultam um conhecimento adequado sobre a evolução destas patologias no nosso país, colocando em risco a eficiência de planos de prevenção.

Existe uma sub-notificação generalizada, em geral, mais acentuada para as doenças benignas (Gomes, 2011), do que para doenças com alta taxa de letalidade (VIH, meningite meningocócica,...). Alguns estudos (Cadinha *et al*, 2004) apontam que os registos clínicos são habitualmente pouco estruturados e os seus conteúdos e formatos muito variáveis. No entanto, todos sabem que a boa acessibilidade da informação e a facilidade na sua circulação melhora a performance da equipa de saúde.

Exemplo disso é um estudo realizado por Daniel Pinto e Susana Corte Real em 2008, que numa amostra de 100 médicos do 2º ano do Internato de Medicina Geral e Familiar, foi constatado que, ao nível da auditoria de registos, tendo por base a Classificação Internacional de Cuidados primários (ICPC), os médicos foram mais fiáveis no registo de problemas do que nos motivos de consulta (Pinto; Corte Real, 2010).

A própria ACSS num estudo que intitulou como “O estado de arte” em 2009 inclui na sua Introdução um estudo realizado na Europa em 2008 sobre a prática dos médicos de medicina Geral e Familiar no uso de tecnologias de informação e de comunicação na sua prática clínica, que numa escala de 0 (não utiliza) a 10 (utilizado pelos profissionais em todo o país) coloca Portugal numa posição de 1,7 (ACSS, 2009).

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 delineou como Orientações estratégicas “aumentar o conhecimento sobre as IST em geral”, através da promoção da investigação em IST, conhecendo o modo como os técnicos de saúde, a nível do serviço público e privado, efectuem a abordagem das IST, “implementar um Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica”, “promover a melhoria das notificações obrigatórias”, onde incluí a motivação de laboratórios a relatar os casos de herpes genital, sífilis, gonorreia e infecção por *Chlamydia* (sic), a educação dos técnicos de saúde para a importância da notificação obrigatória, num sistema de registo informático uniforme ao nível nacional, coordenado pela DGS.

Em Portugal, até ao momento, os trabalhos desenvolvidos na área das IST têm sido maioritariamente direccionadas para o H.I.V. / SIDA, apesar de estarem diagnosticadas actualmente mais de 20 IST. De facto, e apesar das incitativas tomadas, de acordo com estatísticas do *HIV/AIDS European Surveillance System*, criado em 2008 pelo ECDC e pelo Centro Europeu da OMS (*WHO Regional Office for Europe*), Portugal ocupa o 5º lugar em 27 países da União Europeia, com 9,9 novos casos diagnosticados em 2009, superado apenas pela Bélgica (10,3), Inglaterra (10,7), Letónia (12,2) e Estónia (30,7), e em 10º lugar nos 53 países europeus (ECDC/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS Surveillance in Europe 2009).

De acordo com um estudo realizado pela Universidade do Minho (Remoaldo *et al*, 2004) entre 2002/2003, numa amostra de 677 alunos, com uma taxa de resposta de 100%, de uma listagem de 13 IST e mais 3 infecções de transmissão não por via sexual (sarna, conjuntivite e tuberculose), apenas 1 estudante identificou as 13 IST correctamente, sendo que a maioria (57,6%) identificou até 6 IST correctas. As IST mais identificadas foram a SIDA, Herpes Genital e Hepatite B. 14 alunos identificaram a conjuntivite como uma IST...

Apesar de já estar em elaboração o PNS 2011-2016, não está disponível uma avaliação das intervenções desenvolvidas para as Orientações Estratégicas relacionadas com as IST.

As pessoas em maior risco de infecção nos países desenvolvidos são os adolescentes, os homossexuais masculinos, as mulheres em idade fértil, os migrantes recentes e populações socialmente excluídas ou com acesso limitado aos serviços de saúde (Azevedo, 2008).

Desde 1978 o termo “doenças sexualmente transmissíveis” substitui o conceito clássico de doenças “venéreas” (sífilis, gonorreia, úlcera mole, linfogranuloma venéreo), passando a incluir um espectro mais amplo de doenças que sejam de transmissão sexual (agentes como *Chlamydia trachomatis*, infecções virais – *Herpes simplex*, papiloma vírus humano e vírus da hepatite B). Actualmente a terminação mais correcta é Infecções Sexualmente Transmissíveis, dado que na maioria dos casos, os sinais e sintomas que compõem os quadros clínicos destas doenças estão ausentes, por períodos mais ou menos longos, encontrando-se os indivíduos efectivamente infectados, mas não doentes (portador assintomático), mas com capacidade para infectar outros hospedeiros.

Os agentes mais comuns podem ser divididos em bactérias, vírus e parasitas (WHO, 2007;Rodrigues, 2011), conforme Tabela 1:

Tabela 1: Classificação dos principais agentes infecciosos e respectivas infecções sexualmente transmissíveis, no Homem

Tipo	Etiologia	
Bactérias	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Blenorragia (Gonorreia)
	<i>Treponema pallidum</i>	Sífilis
	<i>Haemophilus ducreyi</i>	Úlcera mole
	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Linfogranuloma venéreo ou Uretites por Chlamydia
	<i>Calymmatobacterium granulomatis</i>	Donovanose
Vírus	VIH	Sida
	VHS-2	Herpes genital
	VPH	Verrugas venéreas
	VMC	Molusco contagioso
	VHB	Hepatite viral
Parasitas	<i>Pedicus / Phtirus</i>	Pediculose
	<i>S. scabiei</i>	Sarna
	<i>T. vaginalis</i>	Tricomoniase
	<i>Cândida sp.</i>	Candidíase

Nas doenças originadas por parasitas é feita a distinção entre fungos (candidíase), as infecções por protozoários (tricomoniase) e as infecções por artrópodes (sarna e piolhos pubianos).

É importante referir que, as doenças assinaladas no quadro 1 não são de transmissão sexual exclusiva.

O relatório da ECDC de 2010 referencia como importantes IST Sífilis, Gonorreia e infecção por *Chlamydia*, pelo que, é feita apenas uma sucinta abordagem a estas 3 entidades.

CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Chlamydia trachomatis é uma bactéria intracelular obrigatória, responsável pela doença de transmissão sexual mais comum e infertilidade (Salmeri *et al*, 2010).Corresponde a uma das infecções bacterianas de transmissão sexual mais frequente na Europa. Normalmente, as taxas registadas no grupo de jovens sexualmente activos situa-se entre os 5-10%. No entanto no nº de casos está a aumentar nalguns países europeus, em parte relacionado com o aumento do número de testes realizados e utilização de testes mais sensíveis.

Relatório da OMS (WHO, 2001) aponta para uma prevalência, em 2001 de 24 %-27% em adolescentes femininas, o que associado à idade jovem, levanta importantes questões relativamente à infertilidade.

Sabe-se que 70-75% das mulheres infectadas com *Chlamydia* são assintomáticas (WHO, 2007;Rodrigues, 2011), sendo que nos homens a infecção é também igualmente assintomática. Quando essas manifestações surgem, caracterizam-se pela presença de corrimento mucopurulento e sinais inflamatórios na mucosa do tracto urogenital e região anal (em ambos os sexos), com aparecimento de infecção ocular e pneumonia nos recém-nascidos. A infecção por *Chlamydia* constitui um problema de saúde pública, uma vez que se não for tratada, pode dar origem à doença pélvica inflamatória (10-15% das mulheres com infecção por *Chlamydia* podem desenvolver doença pélvica inflamatória), subfertilidade e mau desempenho reprodutivo em certas mulheres (CDC, 2011). De igual modo, a *Chlamydia* facilita a transmissão do VIH. Os custos da subfertilidade causada pela *Chlamydia* são elevados, embora o tratamento desta infecção seja barato e eficaz. Em Inglaterra, o custo anual estimado relacionado com a infecção por *Chlamydia* e suas consequências está estimado em 100 milhões libras (Department of Health, 2004). Por outro lado, quase metade dos 29 países da União Europeia afirmou não ter organizado nenhuma estrutura de controlo (prevenção primária, gestão de casos, testes oportunistas e programas de rastreio), e apenas 2 países apresentam programas de controlo nacional (Inglaterra e Suécia). Os estados Unidos da América iniciaram também programas de rastreio oportunista em 1988 ((Department of Health, 2004).

Um relatório divulgado pelo ECDC em 2009 (ECDC, 2009) revela que a infecção por *Chlamydia* continua a ser a IST mais reportada por toda a Europa. Em 2007, estima uma incidência de 122,6 por 100.000 habitantes, embora considere que o real número será bastante superior. Entre 2000 e 2009 o número de casos reportado mais que duplicou em 23 países europeus, passando de 143/100.000 para 332/100.000 habitantes. Destes 75% ocorrem em jovens com idades entre os 15-24 anos, sobretudo no sexo feminino. Das notificações disponibilizadas, foi possível determinar a classe etária das pessoas infectadas (em cerca de 2/3 das notificações), identificando uma maior incidência entre os 15-24 anos (367/100.000). A Dinamarca, Noruega, Finlândia, Islândia e Reino Unido foram os países que reportaram um maior número de casos nesta classe etária, com maior frequência nas mulheres do que nos homens. O CDC (CDC, 2007) refere no seu relatório sobre a política para o rastreio e tratamento da *Chlamydia trachomatis*, que 1 em cada 20 jovens sexualmente activas com idades entre 14-19 anos é infectada com *Chlamydia*. Em Portugal, desconhece-se os números de prevalência na população, já que a infecção não é de notificação obrigatória, existindo apenas estudos pontuais.

Estes números revestem-se de maior significado, dado que de a infecção, apesar de se tratar com antibióticos, também pode, caso não seja detectada, causar infertilidade nas mulheres.

Nos 23 países da União Europeia e 2 do Espaço Económico Europeu (Islândia e Noruega), apenas 8 países não apresentaram qualquer resultado relativamente à vigilância da *Chlamydia* (França, Alemanha, Portugal, Bielorrússia, Bulgária, República Checa, Itália e Lichtenstein) (ECDC, 2009). Nos restantes países que reportaram casos, verifica-se uma grande assimetria no tipo de sistemas de vigilância, na sua cobertura em cada país, nos métodos de diagnóstico preconizados e no próprio acesso aos cuidados de saúde, aquando de infecção por *Chlamydia trachomatis* (ECDC, 2009). O próprio rastreio não é consensual, pelas suas próprias características e da doença; o rastreio é uma acção de intervenção que permite detectar casos e dar-lhes seguimento. É adequado quando se conhece a história natural da doença e quando está disponível um tratamento eficaz e teste diagnóstico, ainda que na fase sub-clínica, pois permite um melhor uso dos recursos, do que no percurso clínico alternativo, em que só é feito o diagnóstico e consequente tratamento em fase de doença activa. Pressupõe que a doença tenha uma letalidade elevada, um peso na população relativamente elevado, um conhecimento prévio suficiente da sua história natural, a doença deverá apresentar um período longo entre a possibilidade de detecção e a doença declarada (Briz, 2009). Ponderar a execução de um rastreio organizado implica que o custo-efectividade seja vantajoso. Para tal, o rastreio deve estar definido como estratégia de política nacional, num enquadramento estratégico, que defina uma população-alvo, método e periodicidade do mesmo.

Nos Estados Unidos, desde 1990 que está em vigor uma lei de notificação obrigatória de casos por *Chlamydia trachomatis*. No ano de 2002 foram reportados 834.555 casos (296,5 casos/100.000 habitantes) Cit. por Igansi (2005).

O número de casos de *Chlamydia*, uma doença sexualmente transmissível (DST), mais do que duplicou, entre 2000 e 2009, em 23 países europeus, provavelmente em muito devido ao aumento das notificações.

Em Portugal, no entanto, desconhece-se, com rigor, a prevalência da doença, já que a infecção não é de notificação obrigatória e existem apenas “levantamentos pontuais”.

Estudo prospectivo de coortes desenvolvido (Wolff *et al*, 2008) em 2005/2006 na Suíça (Génova) com o objectivo de comparar a prevalência de infecção por *Chlamydia* entre migrantes indocumentadas (78,2% Latino-Americanas) grávidas (na primeira consulta de confirmação de gravidez) e a prevalência em mulheres com residência legal permanente (82% europeias), concluiu que a determinação de *Chlamydia* foi efectuada por *polymerase chain reaction* (PCR) em amostras cervicais nos 2 grupos em estudo, foi três vezes mais frequente nas migrantes indocumentadas do que no grupo controle (OR = 3,2), indicando a necessidade de desenvolver programas de monitorização de IST para sub-grupos de população com necessidades específicas.

Na Suíça, os registos de vigilância baseados em notificações do laboratório nacional na Suíça demonstraram um aumento do nº de infecção por *Chlamydia* em cerca de 50% entre os anos de 1999 e 2005.

Relativamente aos métodos de pesquisa e detecção, o recomendado pela OMS (WHO, 1999) é a pesquisa em amostras de urina ou exsudado do colo do útero, por método de *PCR*.

TREPONEMA PALLIDUM

Bactéria espiroqueta, gram-negativa, infecta o homem e tem como *habitat* a mucosa urogenital, sendo este o seu vector hospedeiro único. O período de incubação varia entre 21 a 30 dias.

É o agente responsável pela Sífilis, também denominado “cancro duro”, relacionado com o aparecimento de uma úlcera dura, não dolorosa, na região genital ou ânus, no local do contágio (Sífilis Primária). Algum tempo depois (4 a 6 semanas), a ferida cicatriza e desaparece, embora a infecção permaneça no organismo. Semanas ou meses mais tarde, caso a sífilis primária não tenha sido tratada, surge um rash macular rosado na palma das mãos e planta dos pés, com prurido, acompanhado por adenopatias inguinais (Sífilis Secundária). Mais uma vez, estes sintomas podem desaparecer sem instituição de terapêutica, permanecendo, no entanto, a infecção (Passos *et al*, 2010).

A Sífilis Terciária aparece após um ano da infecção inicial, mas pode levar 10 anos a manifestar-se, sendo que não existiu tratamento em nenhuma fase anterior. Na sua maioria aparecem formações quísticas sífilicas na pele e nas membranas mucosas, juntas de Charcot (artropatia neurogénica) com deformação das articulações. As manifestações mais graves incluem neurosífilis e sífilis cardiovascular.

A transmissão da sífilis pode ocorrer via placentária, mãe-filho (sífilis congénita).

Tratamento através de antibiótico.

Relativamente aos métodos de pesquisa e detecção, o recomendado pela OMS (WHO, 1999) é a pesquisa em amostras de sangue por método de *RPR (VDRL)*.

Em França, o nº de casos reportados parece estar numa tendência crescente, 33 casos em 2000 e 140 casos em 2001, sendo que 80.4% dos casos foram registados em homossexuais (Rodrigues, 2011).

NEISSERIA GONORRHOEAE

Bactéria gram-negativa, diplococos intracelulares, sensível à maior parte dos antissépticos, morre com facilidade fora do seu habitat (Junior, 2009; Rodrigues, 2011). Tem especial aptência para as membranas das mucosas da orofaringe, colo do útero, uretra e ânus.

Agente responsável pela gonorreia (ou blenorragia) corresponde a uma uretrite gonocócica, podendo evoluir para uma doença pélvica inflamatória e consequentemente contribuir para uma situação de infertilidade. Alguns estudos apontam para 30% das infecções por gonorreia serem assintomáticas (Rodrigues, 2011), e nos casos em que provoca sintomas, estes são discretos. Pode apresentar um corrimento amarelado, ardor ao urinar, prurido e dor pélvica. Esta bactéria tem uma forte contagiosidade e infecciosidade, pois num único acto sexual tem 25% de probabilidade de ser transmitida. Tem um período de incubação de 2 a 10 dias.

Relativamente aos métodos de pesquisa e detecção, o recomendado pela OMS (WHO, 2009) é a pesquisa em amostras de urina ou exsudado do colo do útero, por método de *PCR*.

Em países em desenvolvimento, as IST e suas complicações configuram-se entre as 5 categorias de doenças que levam os adultos a procurar cuidados de saúde (Passos *et al*, 2010) em instituições de saúde. As infecções por IST conduzem ao aparecimento de sintomas agudos, infecções crónicas e a consequências tardias como a infertilidade, gravidezes ectópicas, cancro do colo do útero e, em casos mais extremos, a morte de crianças e adultos.

As IST foram consideradas pela OMS como a maior causa evitável de infertilidade, sobretudo em mulheres. Estima-se que entre 10 a 40% das mulheres infectadas com *Chlamydia* e não tratadas desenvolvem uma doença pélvica inflamatória sintomática, entidade que só por si é responsável por 30 a 40% dos casos de infertilidade. Para além de constituírem um problema de Saúde Pública (DGS, 2011; Azevedo, 2008) acarretam um peso socioeconómico crescente, não só pelo aumento do nº de pessoas infectadas, como também pelas suas consequências a nível da saúde sexual, reprodutiva e materno-fetal – doença inflamatória pélvica, infertilidade e gravidez ectópica (muito associadas a infecções gonocócicas e *Chlamydia*), aborto, parto prematuro, baixo peso ao nascer e malformações no feto (associadas a infecções por sífilis). De salientar que mulheres que na sua história ginecológica tenham tido uma doença inflamatória pélvica têm 6 a 10 vezes mais risco de desenvolver uma gravidez ectópica, do que aquelas que nunca tiveram essa afecção.

No PNS 2011-2016 foi proposto um foco específico para este agente nas acções educativas, preventivas, identificativas e curativas no âmbito das IST, em virtude das constantes mudanças sócio-comportamentais e económicas nas populações, que exigem assim um repensar de estratégias de intervenção. A Rede

Sentinela de Vigilância Epidemiológica das Infecções Sexualmente Transmissíveis em Portugal elaborou uma análise de 2000-2005, da qual inferiu uma evolução crescente da infecção por *Chlamydia* nos anos de 2004 e 2005, contrariando a tendência dos microrganismos causais da Sífilis e Gonorreia.

Estas infecções traduzem doença na população, constituindo por isso alvo de preocupação, não só do ponto de vista económico (consumo de antibióticos, internamentos hospitalares, absentismo laboral), como também, de saúde de uma população, dada a associação à infertilidade, ao fim de alguns anos.

PAPILOMA VIRUS HUMANO (HPV)

Infecções a partir de alguns tipos de papiloma vírus humano (HPV) podem levar ao desenvolvimento de cancro genital, particularmente do colo do útero na mulher.

Em termos de taxas de incidência, o carcinoma do colo do útero é o segundo cancro mais frequente em todo o mundo na mulher, com transcendência social e económica, com uma taxa de incidência de 17/100 000 (entre 1996-1998) e 14,8/100 000 (2001). Os dados nacionais existentes (Comissão Técnica de Vacinação, 2008) estimam para cerca de 1000 novos casos por ano (Grupo de Diagnóstico Homogéneos – GDH, 2005), com uma taxa de incidência de 20,95/100 000 mulheres (todas as idades). De qualquer modo, os dados em Portugal são ainda escassos e por vezes contraditórios, de acordo com diferentes estudos realizados. Indicam que o rastreio recomendado como uma das medidas de Prevenção Primária, é ainda feito com carácter oportunista e não sistemático (Comissão Técnica de Vacinação, 2008). De acordo com o primeiro estudo epidemiológico de prevalência do HPV nas mulheres portuguesas, realizado entre 2007 e 2009 (CLEOPATRE Portugal), 1 em cada 5 mulheres com idade entre 18-64 anos está infectada com HPV, e destas 68% têm HPV com alto risco oncogénico. Prof Harald Zur Hausen, a quem foi atribuído o Prémio Nobel em 2008 por ter proposto que HPV estaria na origem do cancro do colo do útero, iniciou a investigação nos anos 70, quando em 1972 e por estudos de biologia molecular não consegue detectar a presença dos vírus Herpes em amostras de células tumorais obtidas do colo do útero (Medeiros, 2011).

Este resultado negativo permitiu desenvolver o estudo da próxima hipótese que envolvia a detecção dos papilomavirus nestas amostras o que se confirmou com a confirmação da presença das suas sequências genéticas. Mais tarde, a sua equipa identificou em 1983 a presença de HPV 16 (um dos HPV oncogénicos) em lesões pré-neoplásicas e em 1985 caracterizaram a organização genética e a actividade do DNA do HPV nas células tumorais do colo do útero (Medeiros, 2011).

A infecção por HPV é uma das doenças sexualmente transmissíveis mais comuns nos adolescentes e adultos jovens com prevalências que atingem os 46% em mulheres (Medeiros, 2011). A infecção por HPV é frequente nos jovens sexualmente activos em particular nas idades entre os 16 até aos 25 anos de idade. O

desenvolvimento de condilomas anogenitais, displasias e cancro do colo do útero está claramente associado a infecção por este vírus.

Já foram identificados mais de 200 tipos virais do HPV (2008), sendo que 40 infectam preferencialmente o tracto anogenital. De acordo com o seu potencial oncogénico, podem ser considerados como de alto risco oncogénico os **16, 18, 31, 33, 34** (Comissão Técnica de Vacinação, 2008; DGS, 2011).

A Rede Sentinela de Vigilância Epidemiológica das Infecções Sexualmente Transmissíveis em Portugal, a cargo de Carmen Lisboa, Irene Santo, Jacinta Azevedo e GEIDST (Carmen *et al*, 2010) elaborou uma análise de 2000-2005 com o objectivo de determinar a proporção de doentes com IST, identificando o tipo de infecções observadas. Neste estudo foram recolhidos dados de utentes (N=5020) em 7 Unidades de Saúde do SNS que têm consulta de IST, incluídas doenças de notificação obrigatória, assim como outras que são também transmissíveis por via sexual, mas que não fazem parte da lista de DDO (DDO incluem Gonorreia, Sífilis Recente e Sífilis Congénita), até à data publicada, como o caso da Infecção por *Chlamydia*. As infecções mais frequentes encontradas foram Infecção HPV (39%), Sífilis Recente (16%), Herpes genital (14%) e *Chlamydia* (10%). A análise de registos demonstrou ainda as tendências evolutivas destas infecções, verificando-se que a infecção por *Chlamydia* em 2005 sofreu um aumento exponencial do número de casos reportados, mais evidente na idade fértil, encontrando-se a infecção por VIH e Sífilis com decréscimo do nº de casos reportados. Este estudo veio mais uma vez sublinhar a necessidade de implementar uma rede de vigilância laboratorial que contribua para a notificação dos casos diagnosticados, incluindo os observados na medicina privada, para estabelecer uma estimativa de prevalência das IST, dados fundamentais para a orientação de programas / planos de prevenção.

A gestão das infecções por *Chlamydia trachomatis* no tracto genital feminino passa já, nalguns países pela adopção de programas de rastreio oportunistas, dirigidos a grupos considerados de risco, com o objectivo de detectarem o mais precocemente possível a presença deste agente e iniciarem tratamento, evitando as consequências de uma infecção não tratada por *Chlamydia*, e diminuir também a transmissão para os parceiros sexuais. Inglaterra é um desses países, tendo iniciado um programa organizado de rastreio em 2003, que recomenda, tal como o CDC (CDC, 2009 e 2011) rastreios oportunistas a mulheres com vida sexual activa com idade inferior a 25 anos e superior a 25 anos caso tenham múltiplos parceiros. Recomenda ainda a testagem a homens e mulheres que apresentem sintomas suspeitos de infecção por *Chlamydia*, sobretudo os que têm idade inferior a 25 anos.

Em Portugal, não foram efectuados até ao presente, estudos que permitam avaliar as consequências económicas desta infecção (Miguel; Sá, 2010). Noutros países, a dimensão económica do problema tem sido alvo de estudos. Washington e Katz estimaram que a doença inflamatória pélvica, e as gravidezes ectópicas e infertilidade que se lhe associam deveriam ter tido, em 1990, nos Estados Unidos da América

Cit. por Miguel e Sá (2010) 2,7 biliões de dólares de custos directos e 1,5 biliões de dólares de custos indirectos. Um outro trabalho norte-americano estimava em 1994 Cit. Miguel e Sá (2010), em 2 biliões de dólares, os custos das infecções por *Chlamydia* não tratadas e suas complicações.

O rastreio desta infecção é custo-efectivo, dado que os últimos dados têm apontado para prevalências de infecção por *Chlamydia* de 4,6% e 10% em populações seleccionadas (Miguel e Sá, 2010), e se combinado um rastreio oportunista e sistemático. A proposta para o PNS 2011-2016 configura a realização de rastreio oportunista de 2 em 2 anos a todas as mulheres seguidas em consultas de planeamento familiar ou no momento em que solicitam a interrupção voluntária da gravidez (Miguel e Sá, 2010).

A *Health Protection Agency* (HPA) em 2003 considerou como factores de risco para a infecção por *Chlamydia* a idade, existência de parceiro sexual “novo”, e múltiplos parceiros sexuais (McNulty, 2005).

O rastreio dirigido a esta faixa etária está relacionado com a maior susceptibilidade das mulheres jovens, por terem um colo do útero “mole”, constituído por uma camada de 2 tipos células que reveste o epitélio, células escamosas e colunares, no qual predominam as células colunares, que são responsáveis pela formação de um muco muito fino, permeável, com o colo do útero numa posição de inversão, favorecendo a infecção de agentes microbianos. À medida que a mulher envelhece, a mucosa do colo do útero “endurece”, o reviramento do colo para fora também é alterado, diminuindo a predisposição para a infecção.

Taylor e Haggerty, após uma revisão sistemática da literatura, encontraram evidência que corrobora o custo-efectividade deste rastreio em adolescentes sexualmente activas. Todavia, não é claro o custo-efectividade do rastreio a outras faixas etárias nem nos homens.⁵⁴ Contudo, o custo-efectividade aparece também influenciado pelo resultado, pela proporção de complicações, que, na realidade, podem ser inferiores ao estimado inicialmente.

Apesar dos antigénios de superfície da *Chlamydia trachomatis* serem possíveis candidatos à produção de uma vacina, os testes já desenvolvidos ainda não conseguiram atingir uma imunidade duradoura. A própria infecção por *Chlamydia* não confere protecção contra uma reinfeção (Brandie; Haggerty, 2011)

Vários estudos tentaram analisar o custo-efectividade dos tratamentos de fertilização *in vitro*, estimando o custo de cada nascimento ocorrido que resultou de 1 ciclo de tratamento. Concluiu que (Katz, 2002) em 1999, o custo por cada nascimento rondaria 16.998 US dólares para mulheres abaixo dos 30 anos até aos 800.000 US Dólares, quando está implicado internamento em unidades de cuidados intensivos neonatais. Em Massachusetts e Iowa, as despesas para a infertilidade (incluindo a FIV) contribuíam com 0,4% a 0,8% do total das despesas de saúde, a um custo de 8,04 US dólares a 20,52 por pessoa, por ano. Em Inglaterra os custos seriam de 2,40-4,68 US Dólares por pessoa; nos países nórdicos, os custos contribuem em 0,08-

0.16% do custo total das despesas em saúde. Em 2001, fora dos US, o custo médio por cada ciclo de FIV rondaria 3,531 US dólares e o custo por cada nascimento ocorrido a partir deste tratamento de 20,522 US dólares. Os custos indirectos relacionados com diagnóstico e tratamento da infertilidade com as ausências ao trabalho, perturbações psicológicas inerentes durante e após os tratamentos são quase impossíveis de mensurar, mas certamente acrescem sempre uma conta final...

A Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (National Fertility Association, 2011) lista uma estimativa de custos de uma fertilização *in vitro*, sendo que cada ciclo pode custar até 12.400 US dólares (sem incluir a medicação que a paciente tenha que fazer como preparação do tratamento, que poderá ir de 3000 a 5000 UD dólares por ciclo).

2- FINALIDADE E OBJECTIVOS

Conhecer a frequência de infecções sexualmente transmissíveis na história ginecológica de mulheres com infertilidade, com a finalidade de poder contribuir para o desenvolvimento de novas estratégias na Saúde Reprodutiva e, consequentemente, aumentar a índice sintético de fecundidade de Portugal.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar as principais causas de infertilidade nas mulheres que recorrem à consulta de infertilidade.
- Estimar o número de mulheres em idade fértil (15-49 anos) que recorre a consultas de infertilidade com diagnóstico anterior de IST.
- Determinar o número de mulheres com infertilidade com história anterior de sinais e sintomas ginecológicos.
- Determinar o número de mulheres com infertilidade com história anterior de sinais e sintomas de doença ginecológica que recorreu ao médico.

HIPÓTESE DE TRABALHO: Verifica-se a existência de infecções sexualmente transmissíveis em mulheres seguidas em consultas de infertilidade. O número de mulheres com diagnóstico de IST conhecida anterior é menor do que o número de mulheres com infertilidade e história anterior de presença de corrimento genital patológico sem diagnóstico

3- MATERIAL E MÉTODOS

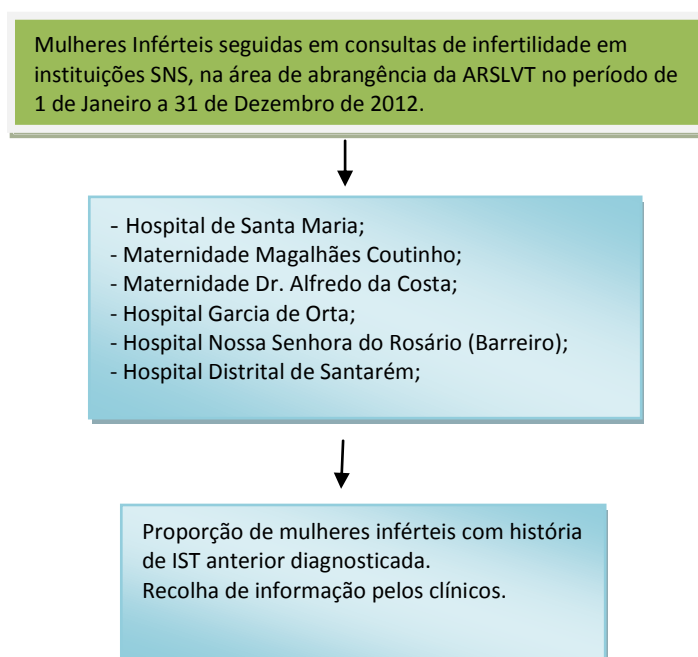
3.1 Tipo de Estudo

Estudo exploratório, natureza retrospectiva, uma vez que partimos do problema infertilidade, e averiguam-se antecedentes de infecções sexualmente transmissíveis, que até à presente data, são de notificação obrigatória (Sífilis precoce, Sífilis Congénita e Gonorreia), incluindo neste grupo a infecção por *Chlamydia*, dado ser um agente infeccioso associado a infertilidade, de importante prevalência.

No presente trabalho procura-se investigar a infertilidade e IST, sendo a primeira uma possível consequência posterior e tardia de exposições à 2ª. Tendo este horizonte temporal como ponto de partida, decide-se por fazer um estudo retrospectivo, inquirindo as utentes inférteis se se recordam de IST anteriores que lhe tenham sido diagnosticadas clinicamente pelo médico.

Dado que os registos nas instituições que tratam a infertilidade na área de influência da ARS LVT do SNS estão em suporte papel, decide-se por recolher informação de cada utente que recorre à consulta de infertilidade, independentemente do nº da consulta do casal, e colocar algumas questões que procuram aferir uma causa para a infertilidade, um diagnóstico anterior de IST, história anterior de presença de corrimento mucopurulento, e se houve recurso aos serviços clínicos. O questionário procura saber se a mulher realizou algum exame complementar de diagnóstico diferencial e se a mulher e/ou parceiro efectuaram tratamento farmacológico perante um quadro de sintomas passíveis de IST.

Estas questões deverão ser preenchidas pelos clínicos, codificando cada utente que observam e com a qual obtêm alguma informação, de modo a evitar a repetição de respostas de uma mesma utente, protegendo também os dados de cada uma, dado o anonimato e a lei de protecção de dados vigente.



As questões enunciadas terão de ser primeiro apresentadas à equipa de clínicos que realizam estas consultas, envolvendo-os para a importância deste tipo de estudos. (ANEXO I)

Após a definição das variáveis, é construída uma matriz de dados, para testar a hipótese de trabalho.

Será realizada uma análise das variáveis em estudo recorrendo ao cálculo de frequência absoluta (n) e relativa (%), mínimos, máximos, médias, medidas de tendência central e de dispersão, de acordo com as variáveis qualitativas nominais e para as variáveis quantitativas discretas e contínuas, em estudo.

As proporções serão comparadas pelo teste do Qui-quadrado ou Prova exacta de Fisher, caso a amostra obtida seja pequena, não permitindo verificar as condições de aplicabilidade do Qui-Quadrado. Os dados serão analisados através do programa de Excel.

Necessário solicitar aprovação pelas Comissões de Ética das referidas instituições. Serão seguidas as regras da Declaração de Helsínquia e a legislação nacional em vigor.

3.2 Local do Estudo

Hospitais da área de abrangência da ARS LVT com consulta de infertilidade – Hospital de Santa Maria, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Maternidade Magalhães Coutinho, Hospital Garcia de Orta, Hospital Distrital de Santarém.

3.3 Período do estudo

O estudo realizar-se-á em 2013, tendo em conta a colheita de dados no período entre 1 de Janeiro de 2012 a 31 de Dezembro de 2012.

3.4 Definição de caso e Unidade de Observação

Considera-se para o estudo como caso, a definição de infertilidade da OMS - casal com vida sexual activa, que, sem recorrer a meios contraceptivos, não consegue engravidar pelo menos durante um ano. Cada mulher com esta definição de caso que recorra à consulta de infertilidade das instituições supra no período de tempo definido, será a unidade de observação.

3.5 Definição de População Alvo e População em Estudo

População Alvo é definida como a mulher em idade fértil 15-49 anos, com vida sexual activa que pretende engravidar há pelo menos 1 ano, sem recorrer a meios contraceptivos, residente nos distritos de Lisboa, Setúbal e Santarém. Segundo os CENSOS de 2009 (Soares, 2011), o número de mulheres em idade fértil, residente em Portugal, considerando 15-40 anos, em 2009 era aproximadamente de 3.600.000.

Considera-se que a população em estudo é o conjunto de mulheres que recorrem às consultas de infertilidade do hospital de Santa Maria, Maternidade Magalhães Coutinho, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Hospital Garcia de Orta, Hospital Nossa Senhora do Rosário e Hospital Distrital de Santarém, com definição de caso, no período em que o mesmo decorre. A amostra é o conjunto das unidades de observação, que corresponde às mulheres inférteis que recorrem às consultas de infertilidades nas instituições supracitadas, no período de 1 de Janeiro de 2012 a 31 de Dezembro de 2012, sendo não aleatória e de conveniência.

3.6 Fontes e Suportes de Informação

Serão utilizados como fontes de informação os processos clínicos das pacientes (Unidades de Observação), utilizando ainda a informação obtida a partir das respostas ao questionário aplicado a todas as mulheres que são assistidas na consulta de infertilidade das instituições públicas de saúde onde decorre o estudo.

Fontes de Informação oficiais como OMS, ECDC, CDC, DGS.

O suporte de informação a ser utilizado foi concebido especificamente para o efeito, sob a forma de um questionário (Anexo 1). Este suporte permitirá o registo directo, em papel, dos dados recolhidos, que posteriormente serão inseridos numa base de dados.

3.7 Métodos e Recolha de Dados

Os dados serão recolhidos por mim (investigadora) nos arquivos das consultas de infertilidade, aos processos clínicos de cada mulher / casal e pelos médicos que realizam as consultas de infertilidade, ao preencherem o questionário (suporte de informação) criado para o efeito entre 1 de Janeiro de 2012 e 31 de Dezembro de 2012.

3.8 Variáveis em Estudo e sua Definição Operacional

As variáveis em estudo encontram-se esquematizadas na tabela 2, para um melhor enquadramento das mesmas. Expõe as variáveis em estudo de acordo com a sua definição operacional, notação computacional, tipo e escala de medida, categoria e código atribuído.

Tabela 2. Variáveis em estudo e sua definição operacional, notação computacional, tipo e escala de medida, categoria, e código

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	NOTAÇÃO COMPUTACIONAL	TIPO E ESCALA DE MEDIDA	CATEGORIAS	CÓDIGO / VALOR
Distrito de residência	Distrito onde reside	DT	Qualitativa nominal	Lisboa	1
				Setúbal	2
				Santarém	3
				Outro	4
Estado civil		EST CV	Qualitativa nominal	Solteira	1
				Casada	2
				Divorciada	3
				Viúva	4
Escolaridade	Nível ou grau de ensino mais elevado que o indivíduo concluiu ou para o qual obteve equivalência (INE, 2003)	ESC	Qualitativa ordinal	Ensino básico 1º ciclo (do 1º ao 4º anos)	1
				Ensino básico 2º ciclo (do 5º ao 6º anos)	2
				Ensino básico 3º ciclo (do 7º ao 9º anos)	3
				Ensino Secundário (do 10º ao 12º anos)	4
Filhos	À data da consulta tem / teve filhos (nados-vivos ou mortos)	FIL	Qualitativa nominal dicotómica	SIM	1
				NÃO	2
Filhos	Nº de nados vivos / mortos	NFIL	Quantitativa numérica discreta	1	1
				2	2
				Mais de 2	3
Idade	Idade em anos completos à data da consulta	ID	Quantitativa numérica discreta	Entre 15 e 49	
Idade em que decidiu ter filhos	Idade em anos completos em que decidiu ter filhos	ID FIL	Quantitativa numérica discreta	Entre 15 e 49	

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	NOTAÇÃO COMPUTACIONAL	TIPO E ESCALA MEDIDA	CATEGORIAS	CÓDIGO / VALOR
Tempo de ausência de gravidez	Número de anos completos que tem tentado engravidar, sem recurso s meios contraceptivos	TINF	Quantitativa numérica discreta		
Diagnóstico Infertilidade	Diagnóstico médico de infertilidade	DINF	Qualitativa nominal dicotômica	SIM	1
				NÃO	2
Data do diagnóstico	Número de meses até à data da consulta que tem conhecimento do diagnóstico de infertilidade	DTINF	Quantitativa numérica discreta		
Diagnóstico causal para a infertilidade	Qual a causa diagnosticada para a infertildiade	DMINF	Qualitativa nominal	Causas femininas	1
				Causas masculinas	2
				Causas mistas	3
				Não identificado	4
Causas Femininas	Qual a causa feminina explicativa para a infertilidade	DFINF	Qualitativa nominal	Problemas ligados à ovulação	1
				Problemas ligados ao colo do útero	2
				Alterações morfológicas da anatomia do aparelho reprodutor	3
Idade da mulher na Primeira consulta de Ginecologia	Idade (em anos completos) quando realizou a primeira consulta de ginecologia	IDG	Quantitativa numérica discreta		

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	NOTAÇÃO COMPUTACIONAL	TIPO E ESCALA MEDIDA	CATEGORIAS	CÓDIGO / VALOR
Diagnóstico Anterior de IST	Diagnóstico médico anterior de IST	DIST	Qualitativa nominal dicotômica	SIM	1
				NÃO	2
IST	Qual a IST diagnosticada com confirmação laboratorial	ISTLAB	Qualitativa nominal	Sífilis	
				Gonorreia	1
				HPV	2
				Chlamydia	3
				VIH/ SIDA	4
				Herpes genital	5
				Cancróide	6
				Tricomóníase	7
				Candidíase	8
				Outra	9
Idade IST diagnosticada	Idade (em anos completos) do diagnóstico de IST	IST ID	Quantitativa numérica discreta	>20 anos	1
				20-30 anos	2
				30-40 anos	3
				≥ 40 anos	4
Presença de corrimento mucopurulento uretral, vaginal, uterino anterior	Ainda que não tenha diagnóstico anterior, teve alguma vez presença de corrimento mucopurulento	EXS	Qualitativa nominal dicotômica	SIM	1
				NÃO	2
Recorreu ao médico	Na presença de corrimento mucopurulento, recorre ao médico	EXSCONS	Qualitativa nominal dicotômica	SIM	1
				NÃO	2
Meios complementares de Diagnóstico	Na presença de corrimento mucopurulento, realizou exame para confirmação laboratorial	EXSMCD	Qualitativa nominal dicotômica	SIM	1
				NÃO	2

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	NOTAÇÃO COMPUTACIONAL	TIPO E ESCALA MEDIDA	CATEGORIAS	CÓDIGO / VALOR
Tipo de MCD	Qual o método utilizado para confirmação laboratorial	EXSCONF	Qualitativa nominal	Exsudado vaginal	1
				Exsudado uterino	2
				Exsudado uretral	3
				Análise de sangue	4
Prescrição medicação	Perante os sintomas, fez terapêutica	FARM	Qualitativa nominal dicotômica	SIM	1
				NÃO	2
Adesão terapêutica	Cumprimento do esquema terapêutico prescrito até ao final	FARMC	Qualitativa nominal dicotômica	SIM	1
				NÃO	2
Tratamento do parceiro sexual	O parceiro também teve prescrição de medicação na altura em que a mulher recorreu ao médico e iniciou medicação	PSFARM	Qualitativa nominal dicotômica	SIM	1
				NÃO	2

4- OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO / DELINEAMENTO PRELIMINAR

4.1 Cronograma – encontra-se em anexo (Anexo II)

4.2 Recursos Humanos e Técnicos

A investigadora será o único recurso humano afecto à realização do estudo. No entanto, dada a natureza e complexidade do estudo, é necessário um consultor externo, perito na área de ginecologia e obstetrícia.

5 – ASPECTOS ÉTICOS

O Código de Nuremberga, publicado em 1947 elabora normas de revisão e conduta para a investigação envolvendo sujeitos humanos, e que incluem o consentimento voluntário dos sujeitos de investigação e protecção dos participantes. A Declaração de Helsínquia (1964) elabora também um conjunto de regras de conduta que pautam a investigação com seres humanos, referindo por exemplo que os protocolos de investigação devem ser revistos por uma comissão de ética independente. Esta é um documento oficial, que embora não tenha estatuto legal, é tratada e reconhecida como código de conduta à escala global da investigação médica. A Associação Médica Mundial, em 2000, em Edimburgo faz uma revisão da Declaração, e introduziu modificações relevantes, de modo a garantir e aumentar a protecção dos seres humanos sujeitos a investigação. Ao nível nacional, de acordo como Decreto-lei 97/95, criam-se as Comissões de Ética para a saúde, decreto-lei 67/98 cria a Lei de Protecção de Dados Pessoais (Vale, 2011; Comissão Nacional Protecção de Dados, 2011).

Imprescindível o Consentimento Informado, livre e esclarecido das utentes antes da aplicação do questionário. As respostas obtidas nos questionários ficarão sempre guardadas pelos responsáveis da consulta de infertilidade, sendo a investigadora a única pessoa que mensalmente se desloca a cada uma das instituições para os recolher. Este procedimento é fundamental como garantia de protecção dos dados, respeitando o princípio da confidencialidade. Compromete-se ainda a não utilizar as informações em prejuízo das utentes, tal como consta nas directrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução nº 196 e 251, 1999). A informação será codificada acautelando a confidencialidade dos participantes e registos.

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa (Resolução nº 196 e 251, 1999).

1.Exige-se que o esclarecimento das utentes se faça numa linguagem acessível e que inclua necessariamente os seguintes aspectos:

- a)a justificativa, os objectivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa;
- b)os desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados;
- c)os métodos alternativos existentes;
- d)a forma de acompanhamento e assistência, assim como seus responsáveis;
- e)a garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia (...);
- f)a liberdade da mulher recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado;
- g)a garantia do sigilo que assegure a privacidade da mulher / casal quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa;

2.O termo de consentimento livre e esclarecido obedecerá aos seguintes requisitos:

- a)ser elaborado pelo pesquisador responsável, expressando o cumprimento de cada uma das exigências acima;
- b)ser aprovado pelo Comité de Ética em Pesquisa que referenda a investigação;
- c)ser assinado ou identificado por todos e cada um dos sujeitos da pesquisa ou por seus representantes legais; e ser elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador.

Foi elaborado um pedido de autorização às instituições para a realização do estudo, preenchendo os formulários necessários, e comprometo-me a entregar os documentos que me sejam solicitados (Anexo 2).

6 – ESTUDO PRÉVIO

Para determinar a exequibilidade deste estudo, foi delineado e executado um levantamento de informações com a colaboração do ACES Seixal – Sesimbra, através do Dr. Luís Amaro. O ACES tem a seu cargo uma população alvo de 225.000 utentes, dividido em 9 USF e 4 UCSP. Após uma reunião com Dr. Luís Amaro, Director Executivo do ACES de Seixal-Sesimbra, ao qual pertence a USF de *Fernão Ferro Mais*, a primeira USF inaugurada no contexto da Reforma do CSP, verifica-se que a totalidade dos utentes por ela abrangidos tem informação clínica em registo informático, permitindo que a qualquer instante se possa consultar / actualizar o histórico do estado de saúde / doença de cada um. A plataforma informática baseia-se em 2 softwares de informação e gestão certificados pela ACSS: *Medicine One* e *Vita Care*. Todavia, estes softwares têm especificidades diferentes, sendo que no primeiro é possível classificar informação, obter dados filtráveis em campos de registos, enquanto no 2º tal já não é possível. Deste modo, inviabilizamos o cruzamento de dados de 40% da população deste ACES.

Esta realidade, comum nos ACES em Portugal, limita em muito a obtenção de informação, agravado por “tradições” de deficits de registos de informação clínica (o facto da não existência de registos, não anula a hipótese de existirem determinadas afecções) em consultas de rotina e ainda mais notória em consultas de urgência, onde dificilmente se encontra registado o motivo que leva o utente a procurar cuidados médicos.

Estas insuficiências nos registos podem dificultar a monitorização objectiva de alguns estádios de saúde e dificultam também a própria investigação.

O tema da infertilidade / IST também não está informaticamente explanado nos registos das consultas de Planeamento Familiar nem Consultas de Adolescentes, dificultando assim a obtenção de dados que permitam inferir acerca da proporção de mulheres que recorre, num determinado período de tempo, a uma instituição de saúde com sinais / sintomas que incluam corrimento vaginal, dor abdominal.

Assim, não existem registos que permitam inferir acerca da prevalência de infertilidade na população de influência do ACES supra, e os registos das IST em episódios agudos de doença (consultas de urgência) não ficam registados em sistema.

Na sequência desta dificuldade encontrada, foram contactados 2 laboratórios de análises clínicas com Certificação de Qualidade – Clínica Laboratorial Dr. Joaquim Chaves e Laboratório Dr. Fernando Teixeira. Solicitei resultados analíticos de pesquisa de *Chlamydia trachomatis* no ano de 2010 e primeiro semestre de 2011 na área de influência da ARS LVT. A Clínica Laboratorial Dr. Joaquim Chaves, Dr. Carlos Cardoso gentilmente cedeu os resultados obtidos.

A detecção de *Chlamydia trachomatis* com maior sensibilidade e especificidade é obtida através da pesquisa por biologia molecular, ou seja, por ADN plasmídico por PCR (Poiars *et al*, 2008; Seadi, C., 2002).

De acordo com os resultados disponibilizados, no ano de 2010 (1 de Janeiro a 31 de Dezembro) foram realizadas 6420 colheitas para pesquisa de *Chlamydia trachomatis* a partir de ADN plasmídico por PCR. Destas, obtiveram-se 260 amostras com resultados positivos, que representam 244 mulheres (3,8%) com resultados positivos. A pesquisa foi efectuada em colheitas de exsudado do endocolo, em amostras de urina 1º jacto, exsudado vaginal e exsudado uretral.

Pode verificar-se que a maioria das amostras utilizadas foi de exsudado vaginal (Tabela 3). A maior percentagem de valores positivos foi obtida no despiste em exsudado uretral e urina 1º jacto.

Tabela 3 – Distribuição das amostras estudadas segundo a positividade no despiste de *Chlamydia trachomatis* por PCR em exsudado endocolo, urina 1º jacto, exsudado vaginal e exsudado uretral, em mulheres, 2010

Material Resultados	Exsudado Endocolo	Urina 1º jacto	Exsudado vaginal	Exsudado Uretral
Nº Positivos	33	17	197	13
Nº Negativos	821	327	4810	202
Total colheitas	854	344	5007	215
% Positivos	3,87%	4,94%	3,94%	6,05%
Total Positivos (amostras) 260 (4,04%)				

No período de 1 de Janeiro a 31 de Julho de 2011, foram realizadas 3790 colheitas, obtendo-se 165 resultados positivos, o que representa 153 (4,27%) mulheres com resultados positivos (Tabela 4). O maior número de colheitas foi novamente a partir de exsudados vaginais, com maior positividade nas amostras de exsudado uretral e exsudado do endocolo.

Tabela 4 – Distribuição das amostras estudadas segundo a positividade no despiste de *Chlamydia trachomatis* por PCR em exsudado endocolo, urina 1º jacto, exsudado vaginal e exsudado uretral, em mulheres, 2011

Material Resultados	Exsudado Endocolo	Urina 1º jacto	Exsudado vaginal	Exsudado Uretral
Nº Positivos	38	8	106	13
Nº Negativos	710	193	2571	151
Total Colheitas	748	201	2677	164
% Positivos	5,08%	3,98%	3,96%	7,93%
Total Positivos 153 (4,27%)				

Por não ter sido possível a obtenção destes dados de acordo com faixas etárias, não é possível estabelecer nenhum tipo de análise face à positividade por classe etária. Igualmente ausente é o motivo que levou o

clínico a solicitar estes exames de diagnóstico – presença de sintomas, rotina, assintomática mas com comportamentos de risco, etc. Os valores obtidos são ainda um pouco abaixo dos resultados encontrados noutros estudos (Eleutério *et al*, 2007) onde apontam para uma positividade em mulheres sintomáticas de 5,7%, sendo que do total das amostras obtidas (n=214), a positividade (através de Teste de Captura Híbrida) ocorreu em 6,08%. Destas mulheres, 61,63% não apresentavam qualquer queixa.

Achei igualmente pertinente o levantamento de registos de contactos telefónicos à Linha de Saúde 24, um serviço do Ministério da Saúde, que permite a triagem telefónica de sinais e/ou sintomas e encaminhamento para instituições de saúde, caso necessário, durante 1 ano, relativos ao período entre 1 de Junho de 2010 e 31 de Maio de 2011. Os critérios de inclusão foram: o motivo do contacto relacionado com a existência de corrimento vaginal, mulheres em idade fértil (idade 15-54 anos), área de abrangência da ARSLVT, encaminhamento do enfermeiro após triagem para instituições de saúde para observação até 1-3 dias. Como critérios de exclusão foram definidos, gravidez actual, parto e puerpério até às 6 semanas pós-parto, amamentação nas 6 semanas após o parto. Os resultados foram cedidos pelo Dr. Luís Alves, cumprindo critérios de confidencialidade nos registos enviados. Assim, obtivemos 415 mulheres que cumpriram os critérios de inclusão, sendo a maior parte delas do distrito de Lisboa (66,50%) (Tabela 5), na classe etária 25-34 anos (47,23%), seguida da classe 15-24 anos (31,81%) (Tabela 6). Dos 415 contactos com necessidade de encaminhamento para instituições de saúde (Tabela 7), a maioria foi aconselhada a recorrer ao Centro de Saúde num espaço de tempo desejável até 12 horas (51,09%).

Tabela 5 – Distribuição das triagens telefónicas de mulheres com corrimento vaginal em idade fértil, de acordo com o distrito de localização, no período entre 1 de Junho de 2010 e 31 de Maio de 2011.

Distritos de Contacto (ARSLVT)	Número Absoluto (n)	%
Lisboa	276	66,50%
Santarém	27	6,50%
Setúbal	112	27,00%
TOTAL	415	100,00%

Tabela 6 – Distribuição das triagens telefónicas de mulheres com sintoma de corrimento vaginal em idade fértil, de acordo com as classes etárias, no período entre 1 de Junho de 2010 a 31 de Maio de 2011

Idade (anos)	Número Absoluto (n)	%
15-24	132	31,81%
25-34	196	47,23%
35-44	65	15,66%
45-54	22	5,30%
TOTAL	415	100,00%

Tabela 7 – Distribuição das triagens telefônicas de mulheres com sintoma de corrimento vaginal em idade fértil, de acordo com o encaminhamento para instituições de saúde, após triagem clínica, no período entre 1 de Junho de 2010 a 31 de Maio de 2011

Encaminhamento	Número Absoluto (n)	%
Urgência Hospitalar	63	15,18%
Procurar Cuidados Médicos no espaço de 1-4 horas	55	13,25%
Procurar Cuidados Médicos no espaço de 12 horas	212	51,09%
Marcação de Consulta 1-3 dias	85	20,48%
TOTAL	415	100,00%

Os registos encontrados na Linha de Saúde 24, 415 mulheres com sintomas de alterações patológicas genitais, apenas na área de abrangência da ARSLVT, 79% das quais com idades entre os 15-34 anos, deverá conseguir interrogar-nos acerca da prevalência destes agentes na comunidade.

Contacto com Centro de saúde da Lapa, local onde existe uma consulta dirigida ao diagnóstico e tratamento de IST – contacto feito em 11 Julho 2011, Dr.ª Irene Santo – não existem registos que permitam determinar o nº de mulheres com diagnóstico de IST que mais tarde desenvolveram infertilidade. Tem a percepção de que esses números a existirem serão pouco significativos no CS Lapa.

Contacto com Maternidade Dr. Alfredo da Costa, instituição de saúde, integrada no SNS, que abarca uma consulta de diagnóstico e tratamento da infertilidade masculina e feminina – enviado e-mail, aguardo resposta.

Contacto com Centro Hospitalar de Lisboa Central (Hospital de Santa Maria), instituição de saúde, integrada no SNS, que abarca uma consulta de diagnóstico e tratamento da infertilidade masculina e feminina – enviado e-mail, aguardo resposta, embora Dr.ª Ana Paula (médica da consulta de infertilidade) tenha colocado algumas reservas para uma proposta de estudo, uma vez que o sistema não está computadorizado, pelo que seria necessário consultar processo a processo para poder extrair alguma informação.

Contacto com Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (Maternidade Magalhães Coutinho), instituição de saúde, integrada no SNS, que abarca uma consulta de diagnóstico e tratamento da infertilidade masculina e feminina – contacto informal com Dr.ª Carla Sousa. Os processos são registados manualmente, sem dados computadorizados. Referiu que, da sua experiência, ainda que de modo muito intuitivo, nas suas consultas de infertilidade, as referências a IST de notificação obrigatória anteriores têm

sido poucas, salientando, no entanto, a infecção por *Chlamydia*, como um dos agentes recorrentes nestas mulheres.

O estudo exploratório nestas instituições pretendeu:

- Recolher informações / dados que permitam estimar o nº de mulheres que têm na sua história ginecológica um diagnóstico clínico / laboratorial de infecção sexualmente transmissível, estando actualmente com infertilidade (de acordo com critério definido pela OMS) e o nº de mulheres que recorrem a consultas de ginecologia (sintomáticas ou assintomáticas), com história de IST, mas férteis (excluir mulheres que não tenham filhos).
- Conhecer a prática clínica nestas instituições de saúde públicas quando uma mulher recorre a uma consulta e apresenta sinais e sintomas sugestivos de IST: existem e são aplicados protocolos de diagnóstico diferencial (Exames Complementares de Diagnóstico, colheita de sangue para marcadores específicos e colheita de exsudados vaginais para os principais agentes de IST e que podem contribuir para a infertilidade), de abordagem terapêutica (inclui instrução de cuidados para o parceiro), de notificação / *report* da doença e de vigilância ao longo do tempo.
- Estimar o nº de mulheres / casais com infertilidade, em que a causa para a mesma é conhecida.

7 – ANTEVISÃO DA DISCUSSÃO

Será expectável que os resultados obtidos neste estudo vão de encontro ao que é relatado na literatura e que os objectivos do estudo sejam atingidos, caso a unidade de observação seja constituída por um número de mulheres inférteis suficientes para obter resultados com significado e não ocorra qualquer acontecimento externo que comprometa a realização do estudo.

Assim, espero encontrar no final do estudo uma baixa frequência relativa de infecções sexualmente transmissíveis diagnosticadas em mulheres com infertilidade, mas uma elevada frequência relativa de sintomas como corrimento mucopurulento vaginal, não tratado, em mulheres actualmente com dificuldade em engravidar.

7.1 Limitações e Viés do Estudo e da Metodologia Seleccionada

A definição de infertilidade é, só por si, alvo de alguma limitação, uma vez que alguns casais podem engravidar após 12 meses de tentativas e sem essa capacidade de gerar uma criança. Estudo prospectivo demonstrou que 52,2% dos casais nesta condição engravidaram, sem recurso a nenhum tratamento ao fim de 36 meses (Gnoth *et al*, 2005).

Por outro lado, é sabido que as mulheres desvalorizam os sinais/sintomas que têm alguma ligação à sua sexualidade, sendo que os agentes infecciosos que contribuem para a infertilidade provocam infecções genitais, na sua maioria, praticamente assintomáticas.

A inexistência de um sistema nacional de vigilância epidemiológica consistente, com apoio laboratorial, até ao momento, a par de uma sub-notificação, dificulta a obtenção de dados sobre os reais valores de prevalência de IST e até mesmo da infertilidade.

A própria realização do estudo apenas em instituições de saúde com consultas de infertilidade poderá constituir um viés de selecção, dado que ficam excluídas mulheres que até podem estar a tentar engravidar há mais de 1 ano, sem êxito, mas que não recorrem às consultas de infertilidade. A amostra a obter poderá não ser representativa. Deste modo, seleccionando uma amostra não aleatória e de conveniência, a validade externa do estudo fica comprometida, não permitindo a generalização dos resultados do estudo à nossa população-alvo.

Decide-se também excluir a realização do estudo em ACES pela inexistência de um sistema de registos que permitisse obter estes dados.

As dificuldades na obtenção destes dados não se esgotam na temática dos registos; Para um estudo de natureza exploratória, um estudo retrospectivo é considerado adequado (Tingen *et al*, 2004), embora

apresente desvantagens relacionadas como múltiplos viés, de recrutamento, de memória, de comportamento. Um estudo analítico seria também de difícil aplicabilidade, dada a natureza comparativa que acarreta, pela dificuldade em concluir acerca de uma associação entre IST e infertilidade... De qualquer modo, estudos retrospectivos carecem de uma informação cronológica detalhada relativamente à exposição de determinado comportamento por parte das participantes, daí ocorrerem viés de memória e de respostas nos questionários.

Conclusões extraídas a partir de respostas dadas de auto-percepções podem ter erros que passam pela interpretação das questões colocadas, subjectividade das mesmas (Olive *et al*, 2006). Não existem registos que possam confirmar os dados fornecidos por estas mulheres, o que inviabiliza ultrapassar alguns destes viés, dificultando testar a validade interna do próprio estudo.

Estudos retrospectivos alicerçados em auto-percepção / memória e posterior relato têm baixa sensibilidade e associados a potenciais viés de recrutamento, de memória, pela influência de tendências populacionais e de comportamento. No entanto, alguns autores defendem que estas limitações poderão ser parcial ou totalmente ultrapassadas com uma elaboração cuidadosa dos questionários, controlo na sua correcta aplicação, motivação e formação adequada dos entrevistadores (clínicos), a investigação de um mesmo parâmetro por intermédio de perguntas diferentes como forma de avaliação da coerência das respostas e segurança dos resultados (Dick *et al*, 2003).

Seriam, provavelmente mais apropriados, estudos de natureza prospectiva (pois falamos de estudos de prevalência) detalhados, com indicação das datas (Tingen *et al*, 2004). Por outro lado, estudos retrospectivos garantem uma amostra mais representativa, com uma elevada taxa de resposta. Alguns autores consideram que a informação retrospectivamente das participantes é válida e possui grau de reprodutibilidade aceitável, mesmo quando relativa a um período retrospectivo superior a 20 anos. Outros autores admitem tratar-se de uma metodologia pouco sensível (Simões, 2010); no entanto, pelos encargos financeiros e logísticos que acarretam, pela provável obtenção de uma amostra não representativa, tornariam este estudo inaplicável. Seria ainda necessário um *follow-up* para acompanhar os casais e compreender se os casais considerados como inférteis necessitariam apenas de mais tempo a conseguir a gravidez.

8 – CONCLUSÃO

Com a realização deste estudo pretende-se conhecer a frequência de infecções sexualmente transmissíveis na história ginecológica de mulheres com infertilidade, com a finalidade de poder contribuir para o desenvolvimento de novas estratégias na Saúde Reprodutiva para aumentar a índice sintético de fecundidade de Portugal.

O levantamento de dados será efectuado em consultas de infertilidade, junto das mulheres / casais, procurando determinar a ocorrência de variáveis independentes, como sejam as infecções sexualmente transmissíveis.

A ausência de registos que permitam verificar a sua frequência e /ou recorrência nas mulheres em idade fértil poderá reflectir em parte, o pouco envolvimento político e estratégico nesta área.

Para uma melhor compreensão desta realidade são necessárias medidas / decisões políticas que assegurem uma correcta recolha de dados nacionais (instrumentos, registos) de infertilidade e IST.

Compete aos governos a implementação de estratégias que compreendam um conjunto de serviços, técnicas e métodos que interagindo, contribuam para um bem-estar reprodutivo, quer seja através da prevenção, quer da resolução de problemas.

Não era intenção inicial deste estudo direccionar a infertilidade para a determinação de *Chlamydia trachomatis*, mas antes poder contribuir para a definição de estratégias na saúde reprodutiva em Portugal. Todavia, dada a evidência internacional relacionada com a prevalência de infecção por *Chlamydia* e a provável presença de sinais / sintomas ginecológicos anteriores nas mulheres a inquirir, emerge a questão, deverá existir de um programa de rastreio de *Chlamydia trachomatis* nas mulheres sexualmente activas?

Os estudos consultados demonstraram valores de prevalência acima do esperado, sobretudo em idades jovens, pelo que, considerando que a infecção genital por *Chlamydia* é uma das principais causas de alterações pélvicas e tubulares que conduzem à infertilidade, considero fundamental o planeamento de estratégias dirigidas à prevenção, diagnóstico e tratamento da infecção por *Chlamydia trachomatis*, passando por programas de rastreio oportunistas, inicialmente em mulheres com idades entre os 16-24 anos, com a colaboração de laboratórios para o seu despiste, de acordo com os métodos recomendados pela OMS. Em Portugal, de acordo com o estudo prévio realizado, esses métodos encontram-se disponíveis, e são já realizados, quando solicitados, embora não esteja ainda implementada uma rede de notificação que inclua os laboratórios. No entanto, este rastreio só faz sentido ser efectuado depois de uma sensibilização e formação dos profissionais de saúde para esta temática, para que os clínicos estejam despertados não só para a avaliação sintomática, como também para a necessidade de confirmação

laboratorial em caso de suspeita (mulher sintomática ou assintomática), instituição de terapêutica dirigida, com o desenvolvimento de estratégias que reforcem a adesão terapêutica das jovens.

O tratamento e controle da *Chlamydia trachomatis* constituem um desafio, em muito devido à sua manifestação assintomática, assim como pelo difícil e incompleto conhecimento da sua história natural de evolução. São necessários mais estudos que permitam determinar qual a melhor estratégia para gerir a infecção por *Chlamydia trachomatis*. Instituir programas de rastreio, inicialmente oportunistas, permitiria obter valores de prevalência mais próximos da realidade, pelo que partir destes a definição de estratégias válidas e pertinentes seria mais útil.

Certo é que a infertilidade tende a ser uma realidade crescente, associada a múltiplos factores, sendo que um deles continua a ser a exposição a agentes microbianos, constituindo em si mesma uma causa evitável, se agirmos com espírito crítico e por antecipação, valorizando as queixas que mulheres diariamente têm. Se pretendemos aumentar o índice sintético de fecundidade de Portugal, é necessário investir também no estudo dos determinantes que concorrem para a fertilidade, e não apenas na abertura de novos centros de diagnóstico e tratamento da infertilidade.

Na realidade, para além da emergente necessidade de implementar um sistema de vigilância nacional das IST, é necessária uma aposta mais profunda na informação / educação, sensibilização dos jovens ainda antes do início da actividade sexual, e não apenas nas consultas de planeamento familiar. É certamente um trabalho pluridisciplinar que envolve parceiros comunitários como a escola e outros centros educativos, a família, o centro de saúde, a sociedade em geral, em particular, cada um de nós.

Gerir IST é agir para mudar comportamentos. Abre-se um caminho para abordar a sexualidade na nossa sociedade, consegue-se uma aproximação a tantos casais que gostariam de ter filhos, mas que por vergonha ou medo não procuram ajuda. Não basta aumentar o número de centros de fertilidade, é necessária uma intervenção transversal na sociedade que crie consciência de intervenção.

9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADVANCED FERTILITY INSTITUTE. - Causes of Infertility. [Consult. 15 Março 2011]. Disponível em <http://www.fertilitydocs.com>.
- AZEVEDO, J. - Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Revista Sexualidade e Planeamento Familiar**. 50/51 (Julho/Dezembro 2008), 43-45.
- BARREIROS, J. C.; HENRIQUES, A. - Mudanças no SNS e Implicações na Saúde Sexual e Reprodutiva. **Revista Sexualidade e Planeamento Familiar**. 50/51 (Julho/Dezembro 2008) 46-52.
- BRANDIE, T.; HAGGERTY, C. - Management of *Chlamydia trachomatis* genital tract infection: screening and treatment challenges. **Infection and Drug resistance**. 4 (2011) 19-29
- BRIZ, T. – Rastreios, Indicações e Precauções. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2009. Texto policopiado e distribuído no âmbito da disciplina de Epidemiologia.
- CADINHA, S. *et al.* Será necessário melhorar a qualidade dos registos clínicos dos doentes asmáticos? **Revista Portuguesa de Imunoalergologia**. XII (2004) 373-382.
- CALEIRO, A. - Spatial Viewpoint on Fertility by Regions in Portugal. **Revista Portuguesa de Estudos Regionais**. 17:1 (2008) 61-75
- CARVALHO, J. L.; SANTOS, A. - Estudo Afrodite – Caracterização da Infertilidade em Portugal. Estudo na Comunidade, 2009.
- CASARI, E. *et al.* *Gardnerella, Trichomonas vaginalis, Candida, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma urealyticum* in general discharge of symptomatic fertile and asymptomatic infertile women. **New Microbiologica**. 33 (2010) 69-76.
- CENTER FOR DISEASES PREVENTION AND CONTROL. - Sexually Transmitted diseases. STDs & Infertility. [Consult. 29 Agosto 2011]. Disponível em <http://www.cdc.gov>.
- CLARK, J. L. *et al.* - Prevalence of HIV, Herpes Simplex Virus-2, and Syphilis in male sex partners of pregnant women in Peru. **Bio Med Central Public Health**. 8:65 (Fevereiro 2008) 2-18.
- COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A INFECÇÃO VIH/SIDA. – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção pelo VIH/SIDA 2007/2010. Portugal, 2007.
- DEPARTMENT OF HEALTH. The first Steps...National *Chlamydia* Screening Programme – Annual report 2003/2004. Inglaterra, Novembro 2004.
- DICK, M.L. *et al.* - Self-reported difficulty in conceiving as a measure of infertility. **Human Reproduction**. 18:12 (2003) 2711-2717.
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. - Doenças Transmissíveis de Declaração obrigatória 1996-2000. Direcção de Serviços de Informação e Análise. Divisão de Epidemiologia. Lisboa, 2001.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. - Doenças Transmissíveis de Declaração obrigatória 2000-2004. Direcção de Serviços de Informação e Análise, Divisão de Epidemiologia. Lisboa, 2005

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. - Comissão Técnica de Vacinação: Vacinação contra infecções por Vírus do Papiloma Humano, 2008.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. - Doenças Transmissíveis de Declaração obrigatória 2004-2008. Direcção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas da Saúde, Divisão de Epidemiologia. Lisboa, 2010.

ELEUTÉRIO, R. *et al.* – Cervicite por *Chlamydia trachomatis* em mulheres sexualmente activas atendidas em um serviço privado de ginecologia na cidade de fortaleza. **RBAC**. 39:4 (2007) 287-290.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. – Official Journal of the European Union, Abril 2004. [Consult. Outubro 2011]. Disponível em <http://ecdc.europa.eu/en/aboutus>.

EUROPEAN CENTRE FOR THE EPIDEMIOLOGICAL MONITORING OF HIV AND AIDS (EuroHIV). – HIV /AIDS Surveillance in Europe. End-Year Report 2006: Institut de Veille Sanitaire, 75. France, 2007

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. - Surveillance Report – Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe, 2009. [Consult. Julho 2011]. Disponível em www.ecdc.europa.eu

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. - Surveillance Report – HIV /AIDS Surveillance in Europe, 2009 [Consult. Agosto 2011]. Disponível em http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/101129_SUR_HIV_2009.pdf –43-.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. - EUROPE'S JOURNAL ON INFECTIOUS DISEASE EPIDEMIOLOGY, PREVENTION AND CONTROL. [Consult 27 Julho 2011]. Disponível em <http://www.eurosurveillance.org>.

CENTER FOR DISEASES PREVENTION AND CONTROL. – Chlamydia Screening and Treatment: Legislator Policy Brief. EUA, Agosto 2007

FARHI, J.; BEN-HAROUSH, A. - Distribution of causes of infertility in patients attending primary fertility clinics in Israel. **Israel Medical Association Journal**. 13 (Janeiro 2011) 51-54.

GOMES, M.C.- Dinâmicas de doenças infecciosas, capítulo DT's no mundo: Estatísticas recentes. [Consult.Maio2011]. Disponível em <http://webpages.fc.ul.pt/~mcgomes/aulas/biopop/Mod7/Text%20DTs.pdf>

GNOTH, C. *et al.* Definition and Prevalence of Subfertility and Infertility. **Human Reproduction**. 20:5 (2005) 1144-1147.

IGANSI, C. – Prevalência de Papiloma vírus Humano (HPV) e *Chlamydia trachomatis* (CT) e sua associação com lesões cervicais em uma amostra de mulheres assintomáticas de Porto Alegre. Universidade Federal

do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em epidemiologia. Dissertação de Mestrado. Brasil, 2005

INSTITUTO NACIONAL ESTATÍSTICA. Departamento de Estatísticas Sociais. Serviço de Estatísticas Demográficas. – Documento Metodológico, 2006. [Consult. 30/10/2011]. Disponível em <http://www.metaweb.ine.pt>

JUNIOR,W.; SHIRATSU, R.; PINTO, V. - Abordagem das doenças sexualmente transmissíveis. **Anais Brasileiros Dermatologia**. 84:2 (2009) 151-159.

KATZ, P. *et al.* - The economic impact of the assisted reproductive technologies. **Nature Cell Biology and Nature Medicine**. 4:1 (Outubro 2002)29-32.

LEI nº 67/98. COMISSÃO NACIONAL PROTECÇÃO DADOS. – Estabelece a lei da protecção de dados pessoais.

LISBOA,C.; SANTO, I.; AZEVEDO,J.; GEIDST. - Apresentação Rede Sentinela De Vigilância Epidemiológica das Infecções Sexualmente Transmissíveis em Portugal – Análise de 6 anos (200-2005); Lisboa, 2010.

LOHSE N *et al.* - *Survival of persons with and without HIV infection in Denmark, 1995-2005*. **Annals of Internal Medicine**.146 (2007) 87-95.

LOPES, O. - Crenças e atitudes como co-factores no VIH/SIDA. V Congresso do VIH/SIDA, Portugal, 2005.

MARQUES, J; FREITAS, M. – Emergências e urgências de Saúde Pública – falando de DDO e outras, em jeito de *vademecum*. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. 23 (2007) 431-438.

MCNULTY, C. - *Chlamydia* problem –Increasing Awareness, **Health Protection Agency**, 2005

MIGUEL, L. ; SÁ, A. – Cuidados de saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir. Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE. Lisboa, 2010.

NATIONAL FERTILITY ASSOCIATION.- The costs of infertility treatment. [Consult. Setembro 2011]. Disponível em http://www.resolve.org/family-building-options/insurance_coverage/the-costs-of-infertility-treatment.html

OLIVE, D. L. *et al.* Estimating Infertility: the devil is in details. **Fertility and Sterility**. 86:3 (Setembro 2006) 529-530.

PASSOS, M. *et al.* - Há aumento de DST no Carnaval? Série temporal de diagnósticos em uma Clínica de DST. **Revista Associação Médica Brasileira**. 56(4) (2010) 420-427.

PINTO, D. ; REAL, S. C. - Codificação com a Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC) por Internos de Medicina Geral e familiar. **Revista Portuguesa Clínica Geral**.26 (2010)370-382.

POAIRES, L. *et al.*- Validação do método de detecção de *Chlamydia trachomatis* por reacção em cadeia da polimerase em tempo real. **RBAC**. 40:3 (2008)229-232.

PORTUGAL.MINISTÉRIO DA SAÚDE.DGS – Plano Nacional de Saúde: orientações estratégicas para 2004-2010. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2004.

PORTUGAL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS – Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: Orientações. Lisboa, 2008. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS- RSE: Registo de saúde Electrónico. R1: documento de Estado de Arte. Administração Central do Sistema de Saúde, Junho 2009.

PLENÁRIO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. - Resolução nº 196 e 251. **Jornal de Pneumologia**. 25(2) (Março-Abril, 1999). 95-101

RAMADA, D. ; MEDEIROS, R. - HPV e cancro do colo do útero: Intervenção urgente. **Onco News- Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa**. 2 (Outubro 2007) 4-7.

RAMADA, D. ; MEDEIROS, R. – Conhecimento dos estudantes: HPV e o cancro do colo do útero. 2010 [Consult. 24 Maio]. Disponível em <http://www.repositorio-aberto.up.pt>.

REMOALDO, P. *et al.* - A infertilidade no Concelho de Guimarães – Contributos para o Bem-Estar Familiar. Universidade do Minho, 2004. Texto relacionado com o Projecto A Caracterização da Infertilidade no Concelho de Guimarães (Noroeste de Portugal).

REMOALDO, P. *et al.* - Doenças Sexualmente Transmissíveis – O retrato dos Estudantes Universitários do Noroeste Português, Universidade do Minho.

RODRIGUES, V. - O adiamento do desejo de paternidade e doenças sexualmente transmissíveis, ICS Universidade do Minho. [Consult. Setembro 2011]. Disponível em <http://www.apdemografia.pt>.

ROUPA, Z. *et al.* - Causes of infertility in women at reproductive age. **Health Science Journal**. 3:2 (2009) 80-87.

SALMERI, M. *et al.* - *Chlamydia trachomatis* prevalence in unselected infertile couples. **Systems Biology in Reproductive Medicine**. 56:6 (Dezembro 2010) 450-6.

SEADI, C. *et al.* – Diagnóstico laboratorial da infecção por *Chlamydia trachomatis*: vantagens e desvantagens das técnicas. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**. 38:2 (2002) 125-133.

SIMÕES, M.I. - Infertilidade: prevalência. Faculdade Medicina Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina, Abril 2010.

SOARES, R. - Quantos somos? [Consult. Agosto 2011]. Disponível em <http://www.ricardosoaresdesign.com>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PAPILOMAVIRUS. [Consult. 24 Maio de 2011]. Disponível em <http://www.sppv.org>.

TINGEN, C. *et al.* - Methodologic and Statistical Approaches to Study Human Fertility and Environment Expose. **Environmental Health Perspectives**. 112 :1 (Janeiro 2004) 87-93.

UNFPA. – Relatório sobre a situação da população mundial 2011. Brasil, 2011. [Consult. 26 Outubro 2011]. Disponível em <http://www.onu.org.br>

VALE, M.C. - Ética da Investigação. [Consult. Setembro 2011]. Disponível em <http://www.ihmt.unl.pt/ihmt/conselhoetica>

WOLFF, H. *et al.* - *Chlamydia trachomatis* prevalence in undocumented migrants undergoing voluntary termination of pregnancy: a prospective cohort study. **Bio Med Central**. 8:391(Novembro 2008) 1-7.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Sexually Transmitted Infections, Outubro 2007

WORLD HEALTH ORGANIZATION. - Sexually Transmitted Infections Prevalence Study Methodology – Guidelines for the implementation of STI prevalence surveys, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. - Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections, 2001. [Consult. Maio 2011]. Disponível em http://www.who.int/hiv/pub/sti/en/who_hiv_aids_2001.02.pdf -, 2001

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Reproductive Health and Research Programme. - Low-fertility- the future of Europe. **The European Magazine for Sexual and Reproductive Health**. Dinamarca, 2006. [Consult. 24 Agosto 2011]. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/73954/EN63.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. - Statistical Information System. Portugal, 2006. [Consult. 24 Agosto 2011]. Disponível em http://www.who.int/whosis/mort/profiles/mort_euro.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.– Health statistics and health Information System. [Consult. 26 Agosto 2011]. Disponível em http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_life_tables.

Artigo Roménia. [Consult. Agosto 2011]. Disponível em <http://www.wikipedia.org>.

Artigo Mulher na História. [Consult. 24 Agosto 2011]. Disponível em <http://www.wikipedia.org>.

ANEXOS

ANEXO 1 – Questionário

Estudo Preliminar sobre Infertilidade e Infecções Sexualmente Transmissíveis na ARSLVT

O presente questionário insere-se num Projecto no âmbito do Mestrado de Saúde Pública, a decorrer na Escola Nacional de Saúde Pública.

A informação recolhida é fundamental para o estudo exploratório que estou a desenvolver. Procurar inferir a frequência entre a fertilidade nas mulheres, que recorrem à Consulta de Infertilidade nos Centros de Diagnóstico e Tratamento de Infertilidade do SNS, e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Sífilis, Gonorreia e infecção por *Chlamydia trachomatis*). A recolha de informação decorrerá no período de Janeiro de 2012 a Janeiro de 2013.

A sua participação é vital. O conhecimento, a sensibilidade e compreensão enquanto técnico de saúde que acompanha estas utentes / casais serão determinantes para preencher o questionário abaixo. Assim, peço-lhe que a cada utente que observe, registe os dados solicitados.

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, pelo que em anexo segue o consentimento informado para que manifestem a sua anuência à participação na pesquisa. As respostas obtidas nos questionários ficarão sempre guardadas pelos responsáveis da consulta de infertilidade, sendo eu, enquanto investigadora, a única pessoa que mensalmente se deslocará a cada uma das instituições para os recolher. Este procedimento é fundamental como garantia de protecção dos dados, respeitando o princípio da confidencialidade.

Para que as respostas aos questionários sejam anónimas, é enviada uma tabela para que atribua um código a cada utente que participe no estudo, que será apenas do conhecimento do clínico.

Desde já agradeço a sua disponibilidade para colaborar.

Cátia Palma

Número atribuído (codificação):

Data da consulta:

DADOS DEMOGRÁFICOS:

1- Data de nascimento: __/__/__

2-Distrito de Residência ou Região Autónoma: _____

3-Estado Civil: Solteira ☐ Casada ☐ Divorciada ☐ Viúva ☐

4-Escolaridade: ☐ (último ano completo)

DADOS CLÍNICOS:

1-Tem filhos? SIM ☐ NÃO ☐

1.1-Se SIM, quantos tem? ☐

2-Que idade tinha quando decidiu ter filhos? ☐

3-Há quanto tempo está a tentar engravidar? ☐

4-Tem diagnóstico para a infertilidade?

SIM ☐ NÃO ☐

4.1 - Se SIM, quando obteve o diagnóstico (data): _____(mês)/ _____(ano)

4.2 – Qual(is) a(s) causa(s) mais provável?

a)Causas femininas ☐ b)Causas masculinas ☐ c)Causas mistas ☐ d)Não identificado ☐

4.1-Se CAUSAS FEMININAS, qual/quais?

a)- Problemas ligados à ovulação ☐

b)- Problemas ligados ao colo do útero ☐

c)- Alterações morfológicas da anatomia do aparelho reprodutor ☐

5-Idade (da mulher) na 1ª consulta de vigilância ginecológica que realizou (anos): ☐

6-Teve algum diagnóstico anterior de Infecção Sexualmente Transmissível?

SIM ☐ NÃO ☐

6.1-Se sim, qual (is), confirmado laboratorialmente:

a) Sífilis ☐ b) Gonorreia ☐ c) Infecção por HPV ☐ d) Infecção por Clamídia ☐

e) VIH / SIDA ☐ f) Herpes genital ☐ g) Cancróide ☐ h) Tricomoníase ☐

i) Candidíase ☐ Outra ☐ _____

6.2-Idade (s) em que foi/ foram diagnosticada (s):

a) >20 anos ☐ b) Entre 20-30 anos ☐ c) Entre 30-40 anos ☐ d) ≥ 40 anos

7-Ainda que sem diagnóstico médico, já teve episódio (s) de corrimento mucopurulento uretral / vaginal / uterino? SIM ☐ NÃO ☐

7.1-Se sim, recorreu ao médico? SIM ☐ NÃO ☐

7.2-Nessa altura, realizou algum exame para confirmação de diagnóstico (exsudado vaginal, uretral, sangue)? SIM ☐ NÃO ☐

7.2.1-Se SIM, qual?

a) Exsudado vaginal ☐

b) Exsúdo uterino

c) Exsudado Uretral ☐

d) Análise sangue ☐

e) Outra ☐ _____

7.3-Fez tratamento? SIM ☐ NÃO ☐

7.4-Cumpriu o esquema terapêutico até ao final? SIM ☐ NÃO ☐

7.5 – O(s) parceiro(s) também foi medicado? SIM ☐ NÃO ☐

Anexo 2 – Carta aos Concelhos de Administração das Instituições de Saúde

Seixal, 30 de Outubro de 2011

Cátia Alexandra Pereira Teixeira Palma

Rua Bento Rodrigues, 2, 1º Esq.

2840-124 Aldeia de Paio Pires

Catia.palma@gmail.com

TLM: 936264240

A/c Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar.....

ASSUNTO: Recolha de dados de frequência de Infecções Sexualmente Transmissíveis, em mulheres em idade fértil, que recorrem à consulta de infertilidade.

Exmo. Dr.,

As Infecções sexualmente Transmissíveis foram consideradas pela OMS como a maior causa evitável de infertilidade, sobretudo em mulheres. Estima que entre 10 a 40% das mulheres infectadas com *Chlamydia trachomatis* e não tratadas desenvolvem uma doença pélvica inflamatória sintomática, entidade que só por si é responsável por 30 a 40% dos casos de infertilidade. De salientar ainda que em mulheres que na sua história ginecológica tenham tido uma doença inflamatória pélvica têm 6 a 10 vezes mais risco de desenvolver uma gravidez ectópica, do que aquelas que nunca tiveram essa afecção

Assim, com a **FINALIDADE** de conhecer a frequência de infecções sexualmente transmissíveis na história ginecológica de mulheres com infertilidade, com a finalidade de poder contribuir para o desenvolvimento de novas estratégias na Saúde Reprodutiva para aumentar a índice sintético de fecundidade de Portugal, estou a desenvolver um **estudo de investigação**. Para tal, venho por este meio pedir a sua autorização e colaboração, solicitando o acesso a dados em processos clínicos e aplicação de um questionário na consulta de infertilidade no período de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2012, que permitam:

- Identificar as principais causas de infertilidade nas mulheres que recorrem à consulta de infertilidade.
- Estimar o número de mulheres em idade fértil (15-49 anos) que recorre a consultas de infertilidade com diagnóstico anterior de IST.

- Determinar o número de mulheres com infertilidade com história anterior de sinais e sintomas ginecológicos.
- Determinar o número de mulheres com infertilidade com história anterior de sinais e sintomas de doença ginecológica que recorreu ao médico.

Certa de que esta temática tem uma relevância inquestionável para a Saúde Pública, gostaria de agendar uma reunião para que este pedido possa ser explicitado de modo mais claro.

Peço deferimento,

Enf.^a Cátia Alexandra Palma

Orientadora: Prof. Dr.^a Maria Teresa Paixão (Investigadora Coordenadora, Núcleo de Vigilância Laboratorial das Doenças Infecciosas, Departamento de Doenças Infecciosas, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P.)

Anexo 3 – Cronograma